

## **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**

**Joana dos Santos Gonçalves**

**Orientadora:**

**Prof.ª Adjunta Regina Ferreira**

**Co-orientador:**

**Prof. Coordenador Joaquim Duarte**

## PENSAMENTO

*Apelamos para que os homens que sabem que NASCER, VIVER, MORRER, são apenas aspetos de uma forma de pensar que ilude a fantasia, de uma forma de sentir que ilude o pensar...ajudem as crianças que ainda o são AGORA, a enriquecer o seu mundo interior com vivências que tornem menos duro e menos só a hora da morte.*

*Para que as crianças nasçam como seres humanos e vivam como pessoas, antes que as matem ou que se matem como seres sensíveis e inteligentes. Para que haja paz, para que nasçam crianças, para que haja Homens.”*

(Santos,1983)

DEDICATÓRIA

A todas as crianças em risco.  
E que podemos ajudar a proteger.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, pela paciência, pelo apoio nos momentos difíceis e pelo incentivo.

À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Regina, pela partilha de saberes e orientação durante todo o percurso desenvolvido.

Ao Sr. Prof. Joaquim Duarte, pela orientação na etapa final.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Thereza Vasconcellos, à Enf.<sup>a</sup> Joana Cereja e a toda a equipa multidisciplinar da Unidade de Neonatologia do HSFX, por terem permitido as várias aprendizagens no cuidar de prematuros.

À Enf.<sup>a</sup> Fernanda Luís e ao NHACJR do HSFX, pela disponibilidade e partilha de saberes.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Helena Lindinho, Enf.<sup>a</sup> Ana Guincho, Enf.<sup>a</sup> Ana Cláudia Tavares e a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria do Hospital de Caldas da Rainha, pela partilha, pelas experiências proporcionadas e pelo sentimento de “estou em casa”.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a construção da competência.

Um muito Obrigado.

Bem hajam.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- CHO – Centro Hospitalar do Oeste  
CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CNPCJR – Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco  
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens  
CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
ed. – edição  
ESCJ – Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem  
Enf.º/Enf.<sup>a</sup> – Enfermeiro/enfermeira  
h. – hora  
HSFX – Hospital São Francisco Xavier  
NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco  
Nº/nº - número  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
p./pp. – página/páginas  
PIAF – Plano de intervenção e Acompanhamento Familiar  
PBE – Prática Baseada na Evidência  
Prof./Prof.<sup>a</sup> – professor/professora  
PNSIJ – Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil  
RN – Recém-nascido  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
SO – Sala de Observações  
SU – Serviço de Urgência  
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SDR – Sinais de dificuldade respiratória  
SAPE – Sistema de apoio à prática de enfermagem  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

## RESUMO

Atualmente, embora as políticas nacionais e internacionais sejam cada vez mais pautadas pelo investimento na área da proteção da criança, na realidade, os números estatísticos dos maus-tratos contra crianças e jovens, continuam a crescer.

Prevenir a sua ocorrência, identificar precocemente as situações e encaminhá-las, são objetivos major da intervenção do enfermeiro, nesta área.

**Metodologia:** RSL, com pesquisa em bases de dados científicas (2008 a 2013).

**Objetivo:** Analisar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro considerando a PBE na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

**Resultados:** Conhecer o enquadramento legal é uma mais-valia para garantir a qualidade dos cuidados e a proteção da criança em risco. A notificação de maus-tratos é obrigatória. Adquirir competências nesta área específica é fundamental para promover medidas preventivas.

**Conclusões:** Mobilizar a PBE nos cuidados de enfermagem à criança em risco contribui para uma intervenção competente, científica e atual.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Maus-tratos, Prevenção, Crianças em risco, Tratamento

## ABSTRACT

Currently, although national and international policies have put an increasingly greater emphasis on the investment in child protection, in fact the statistical figures on child and teenager's abuse are still increasing.

Prevention of its occurrence, early identification of the situations and their referral are main goals of the nurse's intervention in this area.

**Methodology:** Systematic review of the literature, with research on scientific databases (2008 to 2013).

**Goal:** Analyze the nurse's interventions considering the evidence-based practice in the field of Paediatric and Child Health Nursing.

**Results:** Knowing the legal framework is an advantage to guarantee the quality of the care and the protection of the child at risk. The notification of abuses is mandatory. Acquiring skills in this specific field is essential to promote preventing measures.

**Conclusions:** Mobilize evidence-based practice at the nursing care provided to the child at risk contributes to a competent, scientific and modern intervention.

**Keywords:** Nurs\*, Child abuse, Prevention, Risk, Treatment

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 – CUIDAR DE CRIANÇAS EM RISCO: DA PREVENÇÃO AO ENCAMINHAMENTO</b> .....	<b>14</b>
1.1 – A CRIANÇA MALTRATADA: UM OLHAR SOBRE AS EVIDÊNCIAS .....	15
1.2 – DO ABANDONO À PROTEÇÃO LEGALMENTE DEFINIDA – O CAMINHO TRILHADO .....	17
1.3 – DA CONTEXTUALIZAÇÃO AO “ESTADO DA ARTE” .....	20
1.4 – O PROCESSO DE PESQUISA .....	30
<b>2 – REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA...O PERCURSO PARA A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA</b> .....	<b>33</b>
2.1 – DA INTEGRAÇÃO À AUTONOMIA.....	34
2.2 – AS APRENDIZAGENS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA: ANÁLISE COM BASE NAS EVIDÊNCIAS .....	37
2.3 – ADQUIRINDO A COMPETÊNCIA: FATORES INFLUENCIADORES.....	57
<b>3 - CONCLUSÕES</b> .....	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>62</b>
APÊNDICES .....	73
APÊNDICE I – Sessões de formação “Criança em Risco” .....	74
ANEXOS.....	106
ANEXO I – Detecção de situações de maus-tratos .....	107
ANEXO II – Procedimento de urgência .....	109
ANEXO III – Processo de pesquisa .....	111
ANEXO IV – Análise crítica dos artigos selecionados .....	121
ANEXO V – Projeto de estágio .....	147
ANEXO VI – Protocolos elaborados .....	180
ANEXO VII – Ficha de sinalização .....	188
ANEXO VIII – Sinais e sintomas de maus-tratos .....	193
ANEXO IX – Detecção de sinais de alerta de maus-tratos .....	195
ANEXO X – Projeto “Avaliação da Satisfação dos Clientes” .....	197
CD1 – “Nascer Prematuro” – Álbum digital .....	224
CD2 – Diapositivos das sessões de formação .....	224

## ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº1: “O Céu” da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	35

## ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº1: Limitadores de pesquisa nas Bases de Dados Científicas .....	31
Quadro nº2: Critérios de inclusão/exclusão de artigos .....	32

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório, intitulado *Cuidar de Crianças e Jovens em Risco: papel do enfermeiro na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, referente ao 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ), sendo apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Constitui-se por duas partes interligadas: a primeira referente à Revisão Sistemática da Literatura no âmbito da problemática em estudo e a segunda relativa à análise reflexiva das intervenções desenvolvidas nos vários contextos de ensino clínico, que conduziram à aquisição das competências que caracterizam o grau de Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, confrontando os resultados da pesquisa com a prática de cuidados.

O período de ensino clínico desenvolveu-se nos contextos de Neonatologia, Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica e Urgência Pediátrica, sob a orientação da Sr.ª Prof.ª Regina Ferreira e a supervisão dos Enfermeiros cooperantes dos contextos, tendo por base os objetivos e competências definidos para o CMESCJ, nomeadamente do estágio II, e a área específica de investimento pessoal da mestranda. As intervenções foram desenvolvidas com base na filosofia de cuidados da Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), evidenciando os cuidados centrados na família, com vista à promoção da autonomia, maximização e potenciação da saúde da criança/jovem (OE, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem [RPQCEESCJ], 2011). Neste percurso, a prática refletida e fundamentada, permitiu o desenvolvimento das competências cognitivas, técnicas e/ou relacionais que permitem cuidar da criança/jovem e família, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeita os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, RPQCEESCJ, 2011).

Enquanto Enf.ª que exerce funções num Serviço de Pediatria, o número crescente de situações de suspeita e/ou confirmação de violência contra crianças que foram admitidas nos últimos dois anos em contexto profissional (dados estatísticos totais não autorizados) contribuiu para definir a área específica de investimento pessoal; um total de vinte situações foram admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) pela mestranda (contabilização pessoal de dados, não tratados/publicados em termos institucionais); o

desenvolvimento do CMESCJ, no momento em que a preocupação se torna cada vez maior em contexto profissional, permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos e competências, conducentes a uma intervenção competente, refletida, eficaz e eficiente. Um trabalho científico é certamente um contributo válido junto dos superiores hierárquicos e institucionais, no sentido da mudança de comportamentos e políticas na operacionalização duma intervenção conducente a ganhos em saúde.

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio da Criança em Risco. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida. Até o século XII as crianças eram vistas como adultos em proporções reduzidas (Kapczinski *et al.*, 1987). No Brasil, antes da colonização, os índios não castigavam fisicamente os seus filhos, foram os jesuítas e os capuchinhos que introduziram o castigo físico como forma de “disciplinar” as crianças (Chaves, 2000). Infelizmente “bater para disciplinar” ainda é usado contemporaneamente (Paranhos, 2001).

Atualmente, embora as políticas nacionais e internacionais sejam cada vez mais pautadas pelo investimento preconizado na área da infância e da proteção da criança, na realidade, os números estatísticos dos maus-tratos e da violência contra crianças e jovens, disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), continuam a crescer.

A problemática dos maus-tratos em crianças e jovens vai muito além das vítimas e dos agressores. Afeta 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, constituem também um problema social. Qualquer abordagem eficaz à prevenção de abuso e negligência na infância deve envolver as causas do problema e os diversos interesses e necessidades de todos os que são afetados pela situação. Assim, os enfermeiros devem estar formados e especializados para poderem detetar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias/cuidadores, com o objetivo de proteger a criança/jovem, intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo e evitar a recorrência (DGS, 2011). O Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]), capítulo II, artigo 5º, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, refere que o Enf.º tem o dever de encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos por si só; o encaminhamento surge enquanto orientação e seguimento dos trâmites estabelecidos legalmente.

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 DGS, são alguns dos instrumentos legais existentes que fornecem um importante contributo para a prática diária de cuidados de enfermagem. A importância do conhecimento do enquadramento legal é uma mais-valia para garantir a qualidade dos cuidados, nomeadamente no que diz respeito à proteção da criança/jovem em risco. 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, 2001:116).

O processo iniciou-se com a fundamentação da problemática selecionada para aprofundamento, delimitando-se a área temática e formulando a pergunta PI(C)O. Foi definido e desenvolvido o protocolo de pesquisa, apresentando-se os resultados obtidos. Após esta etapa de RSL, a análise dos resultados foi confrontada com a prática desenvolvida no período de ensino clínico, tendo por base o enquadramento das competências comuns e específicas regulamentadas pela OE para o nível de Enf.º Especialista (OE, Regulamentos nº122 e 123/2011).

Desta forma, com o presente relatório, pretende-se analisar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro considerando a PBE na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Para o concretizar, definiram-se como objetivos específicos:

- Criticar os resultados da prática baseada na evidência (PBE), tendo por base a Revisão Sistemática da Literatura na área dos maus-tratos em crianças/jovens;
- Refletir as competências desenvolvidas, considerando as limitações ao percurso;
- Analisar os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área dos maus-tratos em crianças e jovens.

Está nas nossas mãos, e cada um pode fazer qualquer coisa. Mas, nas nossas mãos sozinhas, a areia fina escoá-se. Por isso, preciso de ti. (...) Pelo regresso da amizade, da solidariedade, do humanismo. Pelo regresso do espiritualismo, num tempo de escalada da informação global, do triunfo do virtual sobre o real, das sensações contra as emoções, do ter a ofuscar o ser. Pelo regresso do amor. Pelo século de ouro da infância (Strecht, 1999:270, 271).

## **1 – CUIDAR DE CRIANÇAS EM RISCO: DA PREVENÇÃO AO ENCAMINHAMENTO DE SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS**

A prevenção dos maus-tratos a crianças, bem como o tratamento das vítimas, requer um conhecimento aprofundado e preciso das causas subjacentes que mantêm e potenciam cada uma das situações de abuso à criança. Promover a erradicação das circunstâncias que conduzem aos maus-tratos nas suas diversas manifestações e atenuar os efeitos nas crianças, são objetivos dos profissionais que intervêm neste âmbito. A prevenção de maus-tratos constitui a prioridade fundamental, enquanto tentativa de redução do número de situações através de medidas legais, de ações para melhorar ou preservar o ambiente e as condições de vida, de intervenções médicas e/ou recorrendo à educação para a saúde, com uma participação efetiva da criança/família (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [INSERM], 2003).

O processo de proteção da criança/jovem, consagrado na Lei nº 147/99, baseia-se numa intervenção multidisciplinar assente na promoção dos direitos e proteção da criança e jovem, visando afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral e garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso. A proteção da criança passa sempre pela proteção do seu interesse superior, atendendo prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem (Cordeiro, 2003; Lei nº 147/99).

“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).

Somente uma transformação cultural efetiva, que permita olhar e ver, será capaz de edificar os alicerces da erradicação dos maus-tratos a crianças. O reforço da noção de cidadania e do poder da sociedade civil ativa e participante são determinantes para reivindicar justiça e segurança. Isso passa também pelo compromisso profissional de olhar e ver, superando o axioma do profissional insípido, incolor e inodoro, que não se envolve, para se alcançar numa prática responsável e ética que, efetivamente, se caracterize como intervenção preventiva. “Ignorar um caso de maus-tratos é pôr em causa a vida e o futuro de uma criança (...)” (Canha, 2000, citado por Lima, 2006:10).

As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2006), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobretudo a nível local, através dos centros de saúde e hospitais.

Para a obtenção de ganhos em saúde nesta área, prevenindo a ocorrência/recorrência de situações e evitando o perigo, é fundamental investir na prevenção e na identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia, e ainda que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos reais de cooperação que lhes proporcionem segurança e efetividade no trabalho desenvolvido.

### 1.1 – A CRIANÇA MALTRATADA: UM OLHAR SOBRE AS EVIDÊNCIAS

Evidências demonstram que os maus-tratos a crianças e jovens são um dos problemas mais importantes entre os que afetam a qualidade de vida na infância e na adolescência, com consequências a vários níveis, designadamente no futuro das pessoas envolvidas (Cordeiro, 2003). Mikami e Escobar (2001:112) afirmam que “A violência doméstica infantil é considerada um problema de saúde pública (...)”. Pascolat, citado por Valle (1999) e por Mikami e Escobar (2001:112) refere que “para cada caso de violência contra crianças e adolescentes notificados existem pelo menos outros vinte que não chegam ao conhecimento das autoridades.” Meads, *et al.* (2010) relatam que apenas 1% dos relatórios são elaborados por médicos e enfermeiros; a maioria das notificações são efetuadas pela polícia, seguida pelos professores.

Pesquisas desenvolvidas na Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos mostram que crianças que se desenvolveram em famílias monoparentais estão mais expostas à violência e mais suscetíveis de se tornarem agressoras na idade adulta; resultados de pesquisas ao nível da Neurobiologia revelam o efeito biológico dos maus-tratos a nível cerebral – diminuição do crescimento do hemisfério esquerdo, aumento do risco de depressão, irritabilidade do sistema límbico, com episódios de pânico e de *stress* pós-traumático, menor crescimento do hipocampo (fundamental na conversão da memória a curto prazo em memória a longo prazo) e risco de perturbações dissociativas e da memória (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002b).

A OMS estima que em todo o mundo cerca de 40 milhões de crianças foram vítimas de alguma forma de maus-tratos; cerca de 50 milhões de raparigas e 73 milhões de rapazes com menos de 18 anos experienciaram relações sexuais forçadas ou outro

tipo de violência sexual envolvendo contacto físico; apenas 2,4% das crianças de todo o mundo são legalmente protegidas da punição corporal nos vários contextos em que se inserem – a punição corporal / castigo físico como método de disciplina - ainda é social e legalmente aceite em muitos países do mundo (ONU, World Report on Violence against children, 2006). De acordo com o Relatório “Five years on: a global update on violence against children” (Conselho Consultivo de Organizações não Governamentais de acompanhamento do estudo sobre violência contra crianças das Nações Unidas, 2011), em média, 86% das crianças entre os 2 e os 14 anos experienciaram violência psicológica em casa, mensalmente.

Em Portugal, no ano de 2013, as CPCJ acompanharam 71567 processos (Volume Processual Global), mais 2560 que em 2012 (CNPCJR, 2014). As situações de negligência mantêm-se no topo da pirâmide das situações acompanhadas pelas CPCJ, embora a sua expressão percentual tenha diminuído 30% relativamente a 2012; no entanto, essa expressão aumentou significativamente (mais 23% que em 2012) nas situações de exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança (CNPCJR, 2014).

Dados do relatório 2012 da Comissão de Acompanhamento da Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco (DGS, 2013) revelaram que em 2012 foram registadas 6815 sinalizações de suspeita/confirmação de situação de maus-tratos na rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, constatando-se um aumento de 25 % de casos desde 2011. Este número, embora elevado, pode ser analisado em duas vertentes: revela que provavelmente os profissionais de saúde estão mais capacitados para detetar e sinalizar suspeitas, e, conseqüentemente, mais crianças estão a ser devidamente acompanhadas; por outro lado, também a crise económica e social em que se vive atualmente, com o aumento da pobreza e a degradação familiar fruto do desemprego e dos escassos recursos económicos, contribuirá certamente para o aumento destas situações. Em 2012, 24.8% da população europeia era considerada como estando em risco de pobreza e/ou exclusão social; o valor registado para Portugal era de 25.3%. Continuam a ser as crianças o grupo mais vulnerável a situações de pobreza ou exclusão social. A taxa de risco de pobreza ou exclusão social para as crianças subiu, em 2012, para 28.1% (2010: 26.9%) (Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal [EPAN], 2014). Relativamente à privação material, consubstanciada na impossibilidade de satisfação de necessidades básicas, educativas e de lazer das crianças (de 1 a 15 anos), devido a dificuldades económicas, em 2013, 2.2% das crianças portuguesas pertenciam a famílias que referiram não conseguir assegurar pelo menos uma refeição diária de carne ou peixe (ou equivalente vegetariano) para as crianças e 1.4% não comiam fruta e legumes pelo

menos uma vez por dia (Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal [EPAN], 2014, 2014:21).

Importa ressaltar 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 DGS como fatores de risco e/ou de agravamento de situações de maus-tratos a crianças (DGS, 2011:13). O Relatório da Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2013) sobre as tendências globais do emprego destaca a desaceleração do crescimento ao nível global e o novo aumento do desemprego, referindo a existência de 197 milhões de pessoas sem um emprego no ano 2012. O Eurostat aponta uma taxa de desemprego na população portuguesa, em fevereiro de 2014, de 15.3% (EPAN, 2014). Ao nível da CPCJ de Santarém, dados do Relatório Anual de Atividades e Avaliação de 2013, reportam exatamente que mais de metade dos responsáveis pelas crianças com processos instaurados ou reabertos, apresentava situações económicas precárias e habitavam em contextos problemáticos (Raimundo, 2014). A coordenadora do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) do Hospital D. Estefânia também alerta para a verificação de casos de crianças apoiadas nos hospitais vítimas de maus-tratos graves devidos às dificuldades das famílias em assegurar necessidades básicas como alimentação, vestuário e habitação (Castilho, 2013).

A OE, em 2011, também alerta para a existência de

...um nº significativo de crianças que são abandonadas ou negligenciadas. Em 2009 viviam institucionalizadas cerca de doze mil crianças e adolescentes. Os motivos para a instauração de processos são o abandono, negligência, violência física, abandono escolar, maus-tratos continuados e abuso sexual (OE, RPQEESCJ, 2011:2).

## 1.2 – DO ABANDONO À PROTEÇÃO LEGALMENTE DEFINIDA – O CAMINHO TRILHADO

Os maus-tratos em crianças e jovens são hoje um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial, com uma focalização cada vez mais intensa, embora sejam uma realidade com registos desde a história da humanidade - no período greco-romano o abandono, infanticídio e aborto eram práticas usuais; entre os séculos I a V d.C., estimulou-se o respeito pela criança, mas na Idade Média o abandono tornou-se novamente comum (Sei, 2004, citado por Ramos *et al.*, 2007).

Até por volta do século (séc.) XII, na época medieval, as crianças eram consideradas «adultos de dimensões reduzidas», não sendo diferenciadas na vida

quotidiana, que reunia ao mesmo tempo crianças e adultos no grupo de trabalho, de ócio ou jogo. O tempo da infância não era valorizado, pois era considerado um período de rápida transição, do qual a memória se desvanecia com rapidez. A sobrevivência das crianças era, nesta altura, muito problemática, e durante muito tempo permaneceu o sentimento de que se geravam muitos filhos para conservar apenas alguns (Ariés, 1988).

Até ao séc. XV, as crianças eram conservadas em casa dos pais até cerca dos 8 anos, altura em que entravam no mundo dos adultos, trabalhando em casa de outras pessoas. O séc. XVI foi marcado por agressões. Até ao séc. XVII, as crianças eram associadas às brincadeiras sexuais dos adultos, fazendo tal, parte dos costumes de então (Almeida, 2003). Diante delas, “os adultos permitiam-se a tudo: palavras cruas, ações e situações escabrosas; as crianças ouviam e viam tudo” (Ariés, 1988, p.145); “as crianças não eram protegidas e existem evidências documentadas de que eram frequentemente objeto de abuso sexual, sendo a socialização (...) no sentido de se envolverem desde tenra idade em atividades sexuais, denotando o seu tratamento à semelhança dos adultos” (Kratcoski & Kratcoski, 1990; Kahr, 1991 citado por Gabel, 1997, e por Almeida 2003:9). “Exemplo disso eram os abusos físicos a que sujeitavam as crianças que não queriam trabalhar, e o facto de as penas pelos crimes serem aplicadas sem distinção de idade” (Almeida, 2003:9). No séc. XVII os costumes transformaram-se, emergindo um grande movimento que impõe a noção de inocência infantil (Ariés, 1988). Os ideais de democracia, patentes na Revolução Francesa e Americana, também contribuíram como padrões de comportamento que resultaram na conceção da infância e adolescência como sendo períodos distintos e privilegiados (Almeida, 2003).

No início do séc. XIX, apesar da violência psíquica já ser referida nos discursos legais, ainda não servia como fator relevante na condenação, dependendo esta do uso de violência física (Almeida, 2003). Só a partir de 1832 é que o código francês definiu que qualquer ato sexual cometido contra um menor de 11 anos deveria ser punido com prisão, quer tivesse existido violência física, quer coação psicológica (Fergusson e Mullen, 1999, citados por Almeida, 2003). No início dos anos 60, com o trabalho pioneiro de Kempe e dos seus associados sobre a Síndrome da Criança Maltratada (Kempe *et al.*, 1962) houve um crescendo de interesse e preocupação com o abuso físico das crianças.

O séc. XX é o século dos direitos da criança, sendo edificado um quadro jurídico-legal de proteção às crianças; surgiram as associações, instituições e organizações em prol da infância. Todavia, e mesmo com o reconhecimento do valor da infância, permanecem os registos de maus-tratos (Aragão *et al.*, 2004, citado por Ramos *et al.*, 2007).

A análise da situação da infância em Portugal caracteriza-se por um conjunto de avanços e retrocessos, impasses e desafios na afirmação dos direitos da criança e na

edificação de condições de bem-estar social para este grupo (Tomás e Fernandes, 2011). Portugal foi um dos primeiros países a aprovar uma Lei de Proteção à Infância, (1911), a consagrar a infância com direitos fundamentais, na Constituição da República (1976), e a ratificar, em 1990, a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Atualmente, a sociedade e o estado têm deveres na promoção e proteção das crianças (Lei Constitucional nº1/2005, de 12 de Agosto, Art.º 69º; Convenção dos Direitos da Criança, 1990). Os princípios orientadores da intervenção dos vários setores do Estado neste domínio encontram-se definidos na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99), e no Despacho nº31292/2008.

No âmbito da saúde, a Lei de Bases da Saúde, aprovada em Agosto de 1990, também releva as crianças e adolescentes enquanto grupos de risco, preconizando a tomada de medidas especiais para ambos. Mais tarde, iniciativas de carácter legal e normativo acentuaram o protagonismo desta faixa etária no âmbito das políticas de saúde. A partir de 1985, surgiram, a nível hospitalar, os primeiros «Núcleos de Apoio à criança Maltratada e Família». Posteriormente, em Agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros nº30/92, foi criado o Projeto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), preconizando-se a constituição de um «Núcleo do PAFAC» em cada hospital central, perspetivando-se o seu alargamento a outros Hospitais e Centros de Saúde; por motivos vários, tal nunca se chegou a efetivar. Em Janeiro de 2006 é dada a conhecer uma Inspeção Temática sobre «Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco», realizada pela Inspeção-Geral da Saúde, dando maior visibilidade à escassez de informação epidemiológica, de preparação técnica dos profissionais, e de ação organizada e articulada entre os diversos serviços. Ainda em janeiro de 2006, através de despacho do Sr. Ministro da Saúde, é atribuído à DGS a condução do processo relativo ao problema dos maus-tratos em crianças e jovens e respetivas respostas do Serviço Nacional de Saúde [SNS] (DGS, 2007). A 5 de Dezembro de 2008, com a publicação do Despacho nº 31292, é aprovado o documento «Maus tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde», considerando-o como orientações técnicas para a intervenção dos profissionais e criado o Projeto da DGS “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, dando continuidade ao trabalho desenvolvido desde 2007 ao nível do processo de organização e funcionamento dos NACJR e dos NHACJR (DGS, 2009). Em 2011 é criado o microsite «Crianças e Jovens em Risco», na página [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), da DGS.

No decurso do ano 2012, a Comissão de Acompanhamento de Crianças e Jovens em Risco passou a estar envolvida no processo de revisão do Programa-tipo em Saúde Infantil e Juvenil, permitindo a reflexão e elaboração de contributos que tornaram visível e enfatizaram a área da criança e jovem em risco no PNSIJ, em vigor desde Junho de

2013. Ainda em 2012, a equipa de análise da Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco contribuiu para a adaptação do SAM e SAPE, atual *SClínico*, assegurando recursos de suporte informático à intervenção na área em questão, tornando possível a gestão, em tempo útil, de casos e o tratamento de dados epidemiológicos e casuísticos.

Atualmente, mantêm-se os avanços e retrocessos relativamente à desejada constituição da rede nacional de Núcleos: se em 2012 se assistiu à constituição de novos Núcleos, em diversos agrupamentos de Centros de Saúde, por outro lado, o contínuo processo de reorganização do SNS e gestão de recursos humanos com desafetação de profissionais das equipas constituintes dos Núcleos, condiciona a estabilidade e dinâmica da ação dos mesmos (DGS, 2013).

### 1.3 – DA CONTEXTUALIZAÇÃO AO “ESTADO DA ARTE”

“Os maus-tratos na infância constituem um grave problema social” (Bottoms e Quas, 2006, citado por Andrade, 2008:21).

A legislação portuguesa define os maus-tratos como

Fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa (...) 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. (...) constituem uma entidade clínica que afeta a criança ou jovem que deles é vítima, por ação ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem convive habitualmente e da comunidade em geral. (...) o fenómeno da criança maltratada corresponde, em sentido lato, a um problema de saúde pública que consubstancia, regra geral, uma forma de «hereditariedade social». Se nada se fizer para o evitar, o fenómeno da violência tende a repercutir-se numa mesma fratria e a reproduzir-se de geração para geração (Despacho nº31292/2008:49210).

De acordo com a OMS, abusos ou maus-tratos às crianças, são todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos atuais ou potenciais para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (OMS, 2002b).

Reportando-se a “(...) qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011:7), os maus-tratos ocorrem sempre no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder entre a criança e o

indivíduo maltratante, resultando de um conjunto de comportamentos passivos (omissão ou negligência no cuidar/afetos) ou ativos (físicos, emocionais ou sexuais) (Magalhães, 2004).

A definição de maus-tratos é complexa devido aos fatores psicossociais e físicos que a sustentam. Da mesma forma, não existe uma definição concluída para o que se considera uma criança de/em risco; aceita-se a sua existência quando, "(...) por qualquer ato ou omissão, ocorre perigo para a vida, integridade corporal ou psíquica da criança, ou ainda, quando o menor se encontra em situação de abandono e desamparo, capazes de pôr em perigo a sua saúde, segurança, educação (...)" (Martins, 2008:23).

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende -se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo (Despacho nº 31292/2008:49210)

Uma vez que as situações de maus-tratos a crianças e jovens assumem múltiplas formas de expressão, algumas até dissimuladas, a efetividade da intervenção depende da capacidade de perceber o fenómeno, do *know-how* e da contextualização holística da vítima. A DGS subdivide as situações de maus-tratos em negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e Síndrome de Munchausen por Procuração, cada uma das quais com sinais e sintomas específicos.

Sendo considerado um problema multidimensional, a perspetiva de intervenção sistémica, multidisciplinar e articulada, assume um papel primordial, devendo as estratégias estar ajustadas às necessidades da criança e família, integrando os recursos disponíveis que possibilitem respostas específicas e adequadas. "Nesta perspetiva, a OMS adotou, em 2002, um «modelo ecológico» que permite a interpretação do fenómeno dos maus-tratos enquanto realidade multifacetada que se expressa a diferentes níveis da vida dos cidadãos" (DGS, 2008:10). A intervenção do Enf.º na avaliação do fenómeno e encaminhamento subsequente deve basear-se nos princípios deste modelo, já que a teoria ecológica de Bronfenbrenner (1979; 1998), adaptada para a situação da criança/adolescente em risco/vítima de violência no seio da família, permite conhecer as ligações entre fatores de risco, desde o nível individual até aos contextos cultural, económico, social e político, agir preventivamente e assim diminuir a ocorrência de mais um tipo de violência (OMS, 2002b). Bronfenbrenner (1979) defende que os comportamentos dependem dos contextos em que ocorrem, os quais se operacionalizam enquanto sistema de estruturas concêntricas que vão influenciar diretamente o desenvolvimento da criança; os diferentes contextos da vida do indivíduo, centro do sistema ecológico, em que ocorre uma complexa rede de inter-relações que se

estabelecem entre múltiplas variáveis dos contextos em que estão inseridos (Bronfenbrenner, 1979, citado por Grilo, 2004).

Bringiotti (1999:53) sintetiza a abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979) para o desenvolvimento infantil, com base nas especificidades da violência contra crianças:

Desenvolvimento ontogenético: postula que é uma questão de herança que os pais que maltratam seus filhos trazem (...);

Microssistema: refere-se aos comportamentos concretos dos membros da família nuclear, características psicológicas e comportamentais, com determinados atributos como capacidade empática, tolerância ao *stress*, sintomas depressivos, alterações da personalidade, desajuste do casal, violência do casal, na interação com variáveis comportamentais e temperamentais dos filhos (no contexto imediato em que ocorre o mau trato).

Exossistema: estruturas sociais, tanto as formais e as informais, como trabalho, redes de relação social, distribuição de bens e serviços, que afetam o contexto imediato.

Macrossistema: é a relação entre valores culturais e sistemas de crenças que permitem e fomentam o mau trato infantil, através das influências que exercem nos outros três níveis – o indivíduo, a família e a comunidade, associando-os às variáveis socioeconómica, estrutural e cultural.

As quatro dimensões de análise do fenómeno ficarão completas se acrescidas da dimensão mesossistema, que compreende as inter-relações entre dois ou mais ambientes em que a pessoa participa ativamente ao longo do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996, citado por Serrano, 2008). A criança é um agente ativo, e o seu desenvolvimento é determinado pelo que experiencia nos vários contextos em que participa. O número e a qualidade das conexões entre os mesmos, também têm implicações importantes no seu desenvolvimento (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

As relações humanas surgem como o principal veículo para o desenvolvimento psicoafetivo da criança; constituem o centro, a base e o motor do desenvolvimento pessoal, já que a criança vai interiorizando a dinâmica e relações familiares que canalizam a sua conduta. A ausência de afetividade familiar fomenta o mau trato infantil, por escassez de habilidades parentais (Gallardo, 1993).

Gallardo (1993:40) define o exossistema como a terceira esfera de influência sobre cada membro da família:

É indispensável que convertam positivamente uma série de fatores do tipo social, como a atitude cultural, o trabalho, o suporte familiar, o *status* social, o nível de formação educativa e as relações sociais com pessoas próximas da família, para que exista um bom ambiente familiar e não exista a tentação do mau trato infantil.

A realidade individual, familiar, social, económica e cultural constituem um sistema composto por diferentes subsistemas que interagem entre si de forma dinâmica; as

relações que são estabelecidas nos níveis do ecossistema são recíprocas e interdependentes. Uma mudança introduzida num dos níveis vai interferir inevitavelmente com os outros. Este modelo pode facilitar a compreensão da realidade multifatorial dos maus-tratos às crianças, fatores esses operacionalizados por processos transacionais envolvendo vários níveis de análise no amplo conjunto de relações ecológicas entre pais e filhos (Belsky, 1993, citado por Andrade, 2008).

Será baseado nos pressupostos deste modelo conceptual que deverão ser entendidos os maus-tratos infantis e orientada toda a ação a desenvolver no sentido de os resolver e/ou evitar. As causas da violência, em particular, as situações de maus-tratos a crianças e jovens, adquirem muitas formas de expressão, pelo que a efetividade da ação do Enf.º e da equipa multidisciplinar, depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspetos dos vários contextos envolvidos, as práticas e recursos da comunidade, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis (DGS, 2008).

“Acompanhando os esforços para melhorar os sistemas de deteção e de tratamento de crianças vítimas de maus-tratos (...), a prevenção deve ser vista como parte de uma abordagem abrangente ao problema integral de maus-tratos na infância (...)” (Melton e Barry, 1994, citados por Eckenrode, 2011:1). A literatura aponta para dois referenciais mais utilizados na abordagem da prevenção dos maus-tratos – o modelo ecológico do desenvolvimento e o modelo de saúde pública (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1986; Cicchetti e Lynch, 1993, citados por Eckenrode, 2011). A DGS centra-se, como já foi referido, no Modelo de Desenvolvimento Ecológico, definindo três tipos de estratégias de prevenção aplicáveis a esta problemática.

“Através da prevenção primária (...), procura-se evitar a existência de uma série de situações de risco relacionadas com uma maior probabilidade de ocorrência de maus-tratos infantis. O objetivo é a redução generalizada do número de prevalência dos maus-tratos (...)” (Paúl e Arruabarrena, 1996, citado por Azevedo e Maia, 2006 e por Lima, 2006:13,14). Neste nível, as estratégias incluem a orientação eficiente sobre o planeamento familiar e adequada assistência pré-natal, apoio às famílias, entre outras. A revisão da literatura demonstra que o foco de intervenção devem ser as circunstâncias económicas e sociais em que o risco é provável, atuando ao nível da prevenção primária através de políticas favoráveis à família enquanto abordagem construtiva (Taylor *et al.*, 2009). É fundamental perceber que a promoção da parentalidade e da vinculação precoce, capacitando os pais para o cuidar centrado no desenvolvimento, para as competências do recém-nascido e para as necessidades das crianças/jovens, são formas de intervenção na prevenção do risco.

O reconhecimento de grupos mais vulneráveis e da criança em risco situa-se ao nível da prevenção secundária, com o objetivo de detetar precocemente as situações de risco e proporcionar a mudança da situação. Os fatores de risco referem-se a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrerem situações de maus-tratos (DGS, 2011). Neste processo devem também valorizar-se complementarmente os fatores de proteção, enquanto variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem atuar como moderadores do impacto dos fatores de risco (DGS, 2011). A tónica da intervenção a este nível deve ser colocada na promoção das competências e resiliência individual, centralizando as ações preventivas na modificação do ambiente que rodeia a criança, reduzindo ou eliminando fatores de risco e promovendo as condições de proteção que impeçam o aparecimento de novas situações de maus-tratos. É da responsabilidade do Enf.º a avaliação dos fatores de agravamento/ crises de vida, que a DGS (2011:11) define como “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”, assim como a deteção precoce de sinais de alerta para situações de maus-tratos - indicam a probabilidade acrescida de ocorrência de maus-tratos e pressupõem uma avaliação detalhada e intervenção protetora da criança (DGS, 2011).

Ao nível da prevenção terciária pretende-se reduzir a duração e gravidade das sequelas dos maus-tratos, procurando-se a reabilitação ou o tratamento. Uma vez sinalizada a situação, o objetivo major neste nível de prevenção é a proteção da criança, assegurando a sua segurança, integridade física e psíquica, procurando ainda evitar a recorrência (De Paúl e Madariaga, 1996, citado por Azevedo e Maia, 2006, e por Lima, 2006).

A intervenção preventiva no contexto da saúde tem uma importância vital. Os maus-tratos constituem um problema que se pode desenvolver de forma progressiva e até originar padrões de interação cíclicos e repetidos; a origem geralmente localiza-se em algum momento crítico do ciclo vital da família e/ou do desenvolvimento da criança. Se o problema for tratado precocemente, podem prevenir-se situações de abuso ou negligência e/ou contribuir para a recuperação da vítima e para a prevenção de eventuais recidivas (*Conselharia de Proteção Social*, 2004, manual traduzido para português e revisto pela CNPCJR, 2010). O Enf.º desempenha um papel primordial nos três níveis de prevenção: minimizar a gravidade da situação, facilitar a resolução das situações de crise familiar pela relação terapêutica e disponibilidade no assistir a criança/família de forma continuada e como agente mediador ao nível da gestão dos recursos da comunidade (Martins, 2008).

A fim de que, no âmbito das suas competências, a ação dos Serviços de saúde se torne mais efetiva nesta matéria, há necessidade, portanto, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional (DGS, 2008:5)

Cabe aos profissionais de saúde, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas, adotando uma atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais (Cordeiro, 2003). A ação da saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas entre os vários parceiros da comunidade, conforme consagrado na Lei n.º 147/99. De acordo com esta, a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de intervenção: no 1º nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo; no 2º nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, intervêm as CPCJ, nas quais a equipa de saúde participa também (ao integrar as Comissões Alargada e Restrita); no 3º nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na proteção de crianças e jovens em perigo (Despacho nº 31292/2008:49210). Nesse contexto, a ação dos Serviços de Saúde adquire relevo particular, enquanto instâncias de 1º nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a 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 (Despacho nº 31292/2008). Desta forma, o NHACJR adquire um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de 1º nível, trabalham na prevenção dos maus-tratos e lidam diretamente com as situações, na respetiva esfera de ação. Os núcleos permitem ainda agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de uma intervenção de 2º e 3º níveis. Segundo a DGS (2011), ressalta-se ainda que a deteção de indicadores de risco e a perceção de muitas situações que colocam a criança/jovem em perigo, assim como o encaminhamento e acompanhamento, são tarefas difíceis para os profissionais; urge uma intervenção eficaz e eficiente, sendo prioritário intensificar a capacidade de resposta dos

serviços. Assim, “(...)torna-se indispensável assegurar o funcionamento de um NHACJR em todos os hospitais (...)” (DGS, 2007:10). Os núcleos são equipas multidisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus-tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições. A nível hospitalar, são constituídos obrigatoriamente por um Pediatra, um Enf.º e um técnico do Serviço Social (Despacho nº 31292/2008).

O Enf.º, enquanto elemento obrigatório da composição do Núcleo, deve não só conhecer o contexto sociocultural e recursos comunitários da realidade em que cuida, como demonstrar motivação e capacidade de intervir com crianças e jovens em risco; é fundamental possuir formação e experiência de base na área da saúde da criança e do jovem, assim como formação específica no âmbito dos maus-tratos, enquadramento legal, protocolos de atuação, procedimentos de sinalização e complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco. Os Núcleos Hospitalares têm atribuições próprias, definidas legalmente e adaptadas em cada hospital de acordo com a realidade. Para além de todas as funções relacionadas com a proteção da criança, ressalta-se o dever de intervir ao nível da sensibilização, formação e capacitação de profissionais na matéria (Despacho nº 31292/2008). 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.

“A intervenção das entidades com competência em matéria da infância e juventude é efetuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, consoante o caso (...)” (Lei 147/99, Art.º 7º), ou seja, os Serviços de Saúde têm legitimidade – direito e obrigação – no que respeita a intervir para a proteção do menor, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar. Além do mais, os maus-tratos em crianças e jovens constituem um crime público, não dependendo o procedimento criminal da apresentação de queixa por parte da vítima ou responsável (Código Penal, Art.º 152º - A, Art.º 152º - B, Art.º 178º); os profissionais de saúde devem denunciar por escrito, ao ministério Público do Tribunal Judicial, qualquer situação de que tenham conhecimento, sempre após ponderação e ter assegurada a proteção da criança/jovem (Lei 147/99, Artº 7º). Os profissionais que exercem funções nos hospitais comunicam às CPCJ da área de residência da criança/jovem as situações de perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, sempre que, no âmbito exclusivo da sua competência, não lhes seja possível assegurar a proteção ou entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente para remover o perigo. Se não existir CPCJ instalada, a comunicação é feita ao Ministério Público do Tribunal da Comarca. Assim, a sinalização

de qualquer situação de perigo, feita por uma entidade de 1º nível à CPCJ, deve mencionar obrigatoriamente que foram esgotados os meios ao alcance para resolver a situação; deve contemplar o máximo de informação relevante que justifique uma intervenção de 2º nível, e pode ser efetuada de forma escrita, via telefone ou presencial. Importa clarificar que as CPCJ são instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, desenvolvimento. O seu funcionamento é regido pela Lei nº 147/99, sendo constituída por vários elementos, de vários setores do estado; atuam nas modalidades restrita e alargada, com base em “medidas de promoção dos direitos e de proteção” (Lei nº147/99, Art.º 5º). A intervenção destas entidades depende do consentimento expresso dos pais, representantes legais ou de quem tem a guarda de facto, e da não oposição do menor com idade igual ou superior a 12 anos. Verificando-se existência de perigo atual ou eminente para a vida ou integridade física do menor e/ou existindo oposição, qualquer entidade pode tomar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem, solicitando intervenção do tribunal ou das entidades policiais, conforme estabelecido no Art.º 91º da Lei 147/99 – Procedimento de Urgência (DGS, 2011), (ANEXOS I e II).

No que concerne especificamente à profissão de enfermagem e competências do enfermeiro, a OE define, no Regulamento nº 123/2011:1, que,

(...) são áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco (...).

O mesmo documento regulamenta também a responsabilidade do enfermeiro no diagnóstico precoce e intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem.

O atual PNSIJ enfatiza que

Relativamente às situações de risco, à ocorrência de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção particularmente adequadas àqueles problemas o que pressupõe a articulação privilegiada entre o PNSIJ, a Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros. (...) Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção (...) (DGS, Norma nº 010/2013:33)

A violência doméstica contra crianças e adolescentes surge muitas vezes de forma insidiosa. Com alguma frequência, a criança ou adolescente chega ao hospital, já

tão vitimizada, que pode apresentar sequelas irreversíveis e evoluir para a morte (Mikami e Escobar, 2001). Michalek, citado por Newberger (1983) e por Mikami e Escobar (2001:112), enfatizam que o Enf.º “(...) tem uma importante contribuição a dar na abordagem deste problema por meio do histórico de enfermagem (...)”. É da competência e responsabilidade do Enf.º, identificar situações de risco para a criança e jovem, assistindo-os em situações de abuso, negligência e maus-tratos; sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; promover a aprendizagem em contexto de trabalho (OE, Regulamentos n.º 122/2011 e 123/2011). A 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 (OE, 2009). Francis *et al.* (2012), concluem que a tarefa de cuidar e garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, estando os mecanismos de proteção definidos legalmente; em cooperação com uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro pode ajudar na proteção adequada da criança e na otimização dos resultados (Stavrianopoulos e Gourve, 2012); estudos demonstram que ainda existem profissionais que desconhecem o enquadramento legal de proteção à criança. A notificação obrigatória é uma responsabilidade profissional e deve ser incluída na formação dos profissionais, fortalecendo a sua vontade de denunciar, sabendo o que fazer, como fazê-lo e identificando os passos do processo de tomada de decisão consciente (Francis *et al.*, 2012).

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. 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. Frequentemente são os enfermeiros que têm o 1º 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. Um estudo descritivo-transversal, desenvolvido por Pabiś, *et al.* (2011), sugere que os enfermeiros necessitam de treino teórico e prático na identificação de crianças maltratadas, como ajudá-las de forma profissional e como trabalhar em equipa multidisciplinar na gestão deste problema.

De acordo com a *Conselharia* de Proteção Social (2004, manual traduzido para português e revisto pela CNPCJR, 2010) os enfermeiros, no âmbito desta problemática, têm a responsabilidade de: detetar precocemente situações de abuso ou abandono de

crianças, através da observação e colheita de dados sobre a criança e família, com registo em ficha de sinalização/referenciação própria; deteção de situações de risco e perigo através da observação da interação, atitudes e comportamentos da criança/pais/cuidadores; elaboração de relatórios documentados e fundamentados e dirigidos às entidades com competência (CPCJ, Tribunal), tendo por base uma visão holística da criança enquanto ser biopsicossocial, inserido numa família, ambiente e sociedade. A recolha de evidências num serviço de urgência pediátrica e a manutenção de provas médico-legais em situações de abuso é da competência do Enf.º. A revisão da literatura (1996-2009) efetuada por Stavrianopoulos e Gourve (2012), revela que os enfermeiros que cuidam de crianças abusadas e famílias nos serviços de urgência desempenham um papel vital ativando uma equipa multidisciplinar e recolhendo evidências médico-legais, em articulação com o Pediatra: recolha de DNA (pode ser recuperado a partir de saliva, sangue, sémen, roupa interior); colocação de peças de roupa individualmente em saco de papel selado e devidamente identificado, que é guardado em local próprio até avaliação legal; inspeção do corpo da criança; história da criança; registo fotográfico de lesões; registo de todas as lesões e ferimentos; efetuar tratamento às feridas, contacto com equipa de medicina legal; efetuar relatório de abuso. Em caso de suspeita de abuso sexual, se a criança nega, mas o Enf.º mantém a suspeita com base em evidências físicas ou comportamentais, deve notificar e recolher provas, se possível; em cooperação com uma equipa multidisciplinar, o Enf.º pode ajudar na proteção adequada da criança e na otimização dos resultados. Os referidos autores alertam também para a importância do fator medo, referindo que os enfermeiros não devem ter medo de solicitar investigação, de notificar, devendo todos os casos de abuso ser comunicados às autoridades competentes. Lowers, *et al.* (2012) apontam o fator medo como um dos mais influentes na decisão de não notificar situações de maus-tratos, assim como o défice de conhecimentos sobre a problemática, a falta de tempo para desenvolver uma política e protocolos adequados, para registar a suspeita e para organizar a formação, a inexistência de um responsável – Enf.º do NHACJR- para promover a sinalização e deteção de suspeita/abuso. No seu estudo qualitativo, os mesmos autores apontam soluções para o problema, nomeadamente ao nível das Administrações Hospitalares - com a criação de oportunidades de formação e nomeação de um “Comissário de Abuso Infantil” (que em Portugal, e de acordo com a legislação atual, passa pela implementação em cada hospital do NHACJR, com intervenção coordenada, dinâmica e efetiva).

A família, como agente de socialização primário, é o eixo fundamental da proteção das crianças, satisfazendo as suas necessidades físicas, psíquicas, afetivas e sociais, de forma a proporcionar uma formação integral, com relações seguras, a partir das quais as

crianças podem desenvolver uma visão positiva de si mesmas; contudo, e pelo que já foi referido anteriormente, por diversos fatores, os pais podem deixar de ser agentes protetores.

Só conheces a tua rosa depois dela florir toda a sua beleza. Se não regares a tua rosa, se não lhe deres o teu cuidado e a tua confiança, a tua rosa nunca abrirá todas as suas pétalas à luz do sol porque tem medo...(Santos, 2000:47).

Assim, cuidar da criança em risco de forma holística e competente, pressupõe, para além da mobilização do Modelo Ecológico, o referencial de Anne Casey, no sentido de efetivar uma relação de parceria centrada na família. “O reforço e ajuda aos pais perante situações de risco são fundamentais (...),tal como, a importância do reforço dos aspetos saudáveis das competências para a transformação e consolidação evolutiva.” (Strecht, 1999:249). Os pais serão sempre os melhores cuidadores, mas muitas vezes, precisam de ser ajudados no processo da parentalidade. Sempre com base na empatia e no respeito pelos princípios éticos. E claro, “a convicção na força do desenvolvimento e na excecional capacidade de adaptação das crianças é para nunca esquecer” (Strecht, 1999:249).

#### 1.4 – O PROCESSO DE PESQUISA

Com o objetivo de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]O, a qual orientou a mestranda nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente contexto de análise. O desenvolvimento da teoria oferece o caminho para identificar e expressar a ideia da prática, isto é, “A teoria vem da prática para a prática.” (Dicoff e James, 1968, citado por Amendoeira *et al.*, 2003:34)

Nesta perspetiva, e para se poder confrontar a prática de cuidar com as evidências científicas, iniciou-se o processo com a aposta pessoal numa área de interesse que desse corpo ao trabalho desenvolvido nos contextos práticos, contextualizando-a, de forma fundamentada.

O enquadramento conceptual surgiu da necessidade de aprofundamento teórico relativo à problemática em estudo, refletindo análise, e permitindo a orientação na construção da questão de investigação. Desta forma, surge a pergunta PI[C]O:

*“Cuidar de crianças e jovens em risco (P): qual o papel do enfermeiro (I) na prevenção e tratamento (O) de situações de maus-tratos?”*

Após a definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Enunciaram-se e hierarquizaram-se as palavras-chave de acordo com a conceptualização efetuada:

*Enfermeiro, maus-tratos, crianças em risco, prevenção, tratamento.*

Os termos apurados no contexto desta metodologia, foram submetidos à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2013, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>): Enfermeiro – nurs\*; Maus-tratos – child abuse; Prevenção – prevention; Crianças em risco – risk; Tratamento – treatment.

Importa ressaltar que  *sinalização* e  *encaminhamento* foram inicialmente identificados como palavras-chave, contudo, não sendo descritores, optou-se por estudar o descritor  *tratamento*.

Na etapa seguinte da RSL, e depois de encontrados os descritores, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados científicas CINAHL Plus  *with Full Text*, MEDLINE  *with Full Text* e  *Nursing & Allied Health Collection Basic*, no dia 27 de Dezembro de 2013, às 15 horas, de acordo com os seguintes limitadores:

Quadro nº1: Limitadores de pesquisa nas Bases de dados

CINAHL Plus <i> with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Prática baseada em evidência; Humano; Faixa etária: Infant Newborn, Infant, Child Preschool, Child, Adolescent; Texto completo em PDF;
MEDLINE <i> with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Humano; Faixa etária All Child;
<i> Nursing &amp; Allied Health Collection Basic</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013; Texto completo em PDF.

Com a finalidade de selecionar os artigos mais adequados ao objetivo da revisão foram definidos critérios de inclusão/exclusão, conforme apresentado no Quadro nº2.

Quadro nº2: Critérios de inclusão/exclusão de artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Dezembro 2008 e Dezembro 2013 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Dezembro 2008 (não inclusive) e depois de Dezembro 2013 (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 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

Procedeu-se à pesquisa de cada palavra-chave individualmente, ao cruzamento de cada palavra-chave com as outras e ao cruzamento final entre todos os descritores (Anexo III), obtendo-se um total de quatro artigos, sendo apenas um selecionado, dado que três foram excluídos por não refletirem o papel do Enf.º perante as crianças e jovens em risco e/ou vítimas de maus-tratos. Por forma a dar continuidade à RSL, tentando comparar a prática com evidências científicas, e para melhor compreensão/fundamentação da problemática em estudo, foram selecionados, dos cruzamentos anteriores, três artigos resultantes do cruzamento entre *nurs\**, *child abuse*, *prevention* e *risk*, e quatro artigos resultantes do cruzamento entre *nurs\**, *child abuse* e *prevention*, já que o seu conteúdo se revelou de extrema importância para fundamentar a prática desenvolvida nos contextos.

Foi efetuada a análise crítica dos oito artigos selecionados (Anexo IV), com recurso à escala de Guyatt e Rennie (2002) para caracterizar o grau de evidência. As evidências encontradas foram confrontadas com as atividades desenvolvidas nos contextos da prática, durante o Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, analisando e refletindo sobre as competências adquiridas.

## **2 – REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA...O PERCURSO PARA A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA**

A intervenção enquanto mestranda em ESCJ implica o desenvolvimento de competências clínicas especializadas (prestação de cuidados) adequadas às necessidades específicas da criança/jovem, família e comunidade, e de competências ao nível da gestão, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. É valorizada a conceção de cuidar da criança em parceria com a família, como aliás é preconizado pela OE.

Cuidar da criança/jovem enquanto microssistema inserido numa estreita relação de interdependência com o mesossistema/contexto familiar implica que o Enf.º tenha uma visão global, capacidade de liderança e flexibilidade, respeitando a política das organizações, isto é, demonstre, na sua intervenção, o Saber – científico e baseado na evidência; Saber Ser – humano, valorizando eticamente o respeito pela criança e família e pelas suas decisões; Saber Estar – maturidade, flexibilidade e ponderação, permeadas pela empatia e carinho na relação e o Saber Fazer – competências técnicas.

O desenvolvimento e aquisição de competências no contexto da prática, teve por base o Projeto de estágio previamente elaborado pela mestranda (ANEXO V). Pretende-se, neste momento, expressar o percurso realizado durante a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II, 3º semestre do 1º CMESCJ, tendo como objetivo geral o desenvolvimento de competências específicas no cuidar da criança/jovem, em situação de especial complexidade, sustentado nas aprendizagens construídas nos contextos práticos e na RSL enquanto recurso para a PBE.

Os objetivos traçados e as atividades que foram sendo desenvolvidas, contribuíram para uma reflexão ao nível profissional e pessoal, conduzindo ao cuidar especializado de um modo mais estruturado, confiante e competente. A ênfase foi colocada no cuidar da criança e família em situação de especial complexidade; a área específica da criança/jovem em risco foi transversal a todo o período de ensino clínico. É muito difícil cuidar de crianças maltratadas, pela complexidade do fenómeno e situações multifatoriais inerentes; também o é prevenir as situações de maus-tratos atempadamente; mas, acredita-se que, através de competências, do respeito, do conhecimento das leis e do cumprimento das regras de ética e de deontologia profissional, se consegue, na prática profissional, e em equipa multidisciplinar, assegurar a qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre como objetivo o interesse superior da criança.

O Estágio II decorreu de 22 de Abril a 19 de Outubro de 2013, interrompido no período de 15 de Julho a 13 de Setembro (férias), sendo desenvolvido nos seguintes contextos: Serviço de Neonatologia do CHLO - HSFX, Serviço de Pediatria Médico-Cirúrgica e Serviço de Urgência Pediátrica do CHO - Hospital de Caldas da Rainha. Teve por base o Projeto de Estágio previamente elaborado pela mestranda, sendo validado e adequado à realidade de cada contexto.

## 2.1 – DA INTEGRAÇÃO À AUTONOMIA

O processo de integração visa a adaptação a um conjunto de práticas. Esse processo adaptativo envolve não só o conhecimento da estrutura física, do equipamento e do seu correto manuseamento, mas também do relacionamento com outros setores da organização e o conhecimento técnico-científico, conducentes à aquisição de competências para um bom desempenho profissional (Azevedo 1996). Segundo Bucchi e Mira (2010:1004) a integração é um “processo estruturado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática orientada e feedback regular.”

A integração nas equipas de saúde dos vários contextos de ensino clínico foi um dos fatores facilitadores do percurso desenvolvido pela mestranda na aquisição das competências previamente definidas para o ciclo de estudos. Foi encarada enquanto processo, permeado pelo conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional dos contextos e pela compreensão de um conjunto de práticas que envolvem o cuidar da criança. A confiança transmitida pelos enfermeiros cooperantes, foi considerada facilitadora para a aquisição de autonomia.

Não sendo objetivo descrever o percurso desenvolvido no processo de integração, é importante ressaltar os aspetos favorecedores do mesmo, assim como o seu contributo para a aquisição da autonomia e confiança que permitiram à mestranda integrar as equipas de saúde multidisciplinares, participar com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente e otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

*Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Neonatologia do HSFX e dos Serviços de Pediatria e de Urgência Pediátrica do Hospital de Caldas da Rainha*

O conhecimento da estrutura orgânica e funcional dos serviços é fundamental para integrar a equipa de saúde multidisciplinar e adquirir as competências definidas pela OE nos Regulamentos nº 122 e 123/2011.

Durante a primeira semana de estágio, nos vários contextos, foi percorrido o caminho da integração à autonomia, facilitado pela motivação, interesse e disponibilidade da mestrandia, adotando um saber, saber estar, saber ser e saber fazer confiante, seguro e assente em sólidos conhecimentos científicos, que permitiram o cimentar da intervenção especializada.

*Serviço de Neonatologia do HSFX*

No Serviço de Neonatologia, Unidade de Cuidados Intensivos / Unidade de Cuidados Intermédios, são internados RN prematuros e/ou que necessitem de cuidados de saúde diferenciados; o período de internamento é quase sempre longo, sendo que uma das fases primordiais da vida da criança e dos pais é vivida em meio hospitalar e partilhada com os profissionais de saúde. Daí a importância da valorização do espaço físico e da humanização do ambiente. As paredes encontram-se pintadas manualmente com desenhos ilustrativos a cada sala; o teto representa o céu, em tons de azul, com nuvens e estrelinhas; o ambiente foi definitivamente pensado e estudado, inspirando Paz e tranquilidade, já que “o ambiente físico deve ser projetado adequadamente para proporcionar um cuidado adequado oferecendo conforto para o bebé, sua família e equipa envolvida no cuidado” (American Academy of Pediatrics, 1977, citado por Moreira e Bomfim, 2004:497).



**Figura nº 1:** O “Céu” da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O contexto do cuidar em neonatologia era pouco conhecido; foi aliciante à partida, pela possibilidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências, nomeadamente técnicas e relacionais. O método de trabalho por equipas contribuiu para a confiança mútua, após o período inicial de integração. 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. Os registos de enfermagem são elaborados nos aplicativos informáticos

SAPE e *Picis*, embora ainda se utilize também um impresso de registo manual. O planeamento dos cuidados é sempre acordado e validado entre a equipa e os pais, preconizando-se a presença dos mesmos para colaborarem nos cuidados ao RN, em especial nas horas de alimentação, sendo um dos momentos privilegiados de interação. O próprio RPQCEESCJ refere que a operacionalização dos cuidados em parceria decorre dos relacionamentos estabelecidos entre a díade e a equipa de enfermagem, tendo como foco de atenção a promoção da autonomia. A participação dos pais, a este nível, promove a relação com o RN, a parentalidade, a vinculação e o adquirir progressivo de competências. RN e pais encontram-se no centro do cuidar e a relação é privilegiada, assim como o bem-estar e a satisfação. O período de integração permitiu desenvolver um saber ser e estar baseado no envolvimento permanente dos pais nos cuidados de enfermagem ao RN, capacitando-os e transmitindo-lhes as habilidades necessárias que favorecessem o adequado desenvolvimento e satisfação das necessidades do RN prematuro.

No percurso - rumo à autonomia no cuidar da criança em risco, foi favorecedor o conhecimento e forma de articulação do microssistema Serviço de Neonatologia com o mesossistema – NHACJR e família - assim como o exossistema – organização dos cuidados – e o macrossistema subjacentes ao cuidar – protocolos, regulamento e enquadramento legal.

#### *Serviço de Pediatria do Hospital de Caldas da Rainha*

O Serviço de Pediatria do Hospital de Caldas da Rainha é composto pelas valências de Internamento, Urgência Pediátrica e Consulta Externa de Pediatria; a equipa de enfermagem que o constitui é única, fator facilitador do processo de integração da mestrandia nos dois contextos de ensino clínico.

No Internamento, são admitidas crianças e jovens desde os 28 dias de vida até aos 17 anos de idade, inclusive, com patologia médica e cirúrgica, que necessitem de cuidados diferenciados. Valorizando a humanização dos espaços e o brincar enquanto necessidade inerente ao desenvolvimento infantil, dispõe de uma sala de atividades e de um terraço a céu aberto, com diversos brinquedos que possibilitam a distração das crianças nos dias em que não chove; nas paredes do serviço podem encontrar-se pintados desenhos alusivos ao mercado da fruta, *ex-libris* da cidade. O método de trabalho é o método de enfermeiro responsável tendo por base o Modelo Teórico de Nancy Roper. O processo clínico é organizado em suporte de papel, sendo os registos de enfermagem elaborados manualmente em impressos próprios. O planeamento dos cuidados é sempre acordado e validado entre a equipa e a criança/jovem/pais, desde a admissão à alta, incentivando-se a presença dos mesmos para colaborarem nos

cuidados. As crianças manifestam uma atitude mais tranquila na presença e colaboração dos pais nos cuidados invasivos. A negociação da participação nos cuidados transmite aos pais maior segurança, autonomia e responsabilização, fatores que contribuem para a diminuição da ansiedade. A capacidade de gestão autónoma do nível de participação/envolvimento dos pais/cuidadores foi facilitada pela aquisição de competências no período de integração na equipa.

O Serviço de Urgência recebe crianças e jovens com necessidades de cuidados de saúde urgentes e emergentes. A estrutura física do serviço, com um corredor central, foi facilitadora da integração no espaço. No sentido da monitorização contínua de crianças em situação clínica instável, a sala de enfermagem dispõe de visualização direta para a Sala de Observações, através de vidro. A existência de uma Sala de Emergência própria, que dispõe de todo o material de apoio à emergência clínica, fazendo cumprir a Orientação N°008/2011 da DGS, foi considerado vantajoso pela facilidade de acesso e domínio ao nível da organização da sala/material. O processo clínico está informatizado, sendo utilizado o programa *Alert*. O sistema de triagem de prioridades em uso baseia-se numa adaptação à triagem pelo *Alert*, em que o Enf.º tem autonomia para encaminhar diretamente a criança para valências como Ortopedia ou Cirurgia e para intervir de acordo com o motivo da vinda ao SU, como protocolado no “Manual de Apoio à Triagem”. Ao nível da educação para a saúde, enquanto área nobre das funções autónomas do enfermeiro em pediatria, o ensino informal tem um peso forte no momento de triagem e durante a permanência da criança/família no SU, com recurso a folhetos informativos direcionados para o motivo da vinda à urgência e necessidades identificadas. O contacto com todos os sistemas de informação que apoiam a prática de enfermagem, no período de integração, contribuíram para a autonomia da mestranda no desenvolvimento de uma intervenção em equipa multidisciplinar, de acordo com os procedimentos instituídos no serviço.

A mestranda considera que o objetivo foi atingido, conseguindo integrar as equipas multidisciplinares nos vários contextos de prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem, fator que se traduziu numa prestação de cuidados segura, confiante e autónoma, de acordo com os procedimentos definidos institucionalmente.

## 2.2 – AS APRENDIZAGENS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA: ANÁLISE COM BASE NAS EVIDÊNCIAS

Ao longo das semanas de ensino clínico nos diferentes contextos da prática de cuidados à criança/jovem, a mestranda desenvolveu uma intervenção autónoma,

consciente, cientificamente fundamentada e assente em princípios ético-legais e deontológicos, no sentido da aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e que permitirão, futuramente, a atribuição do título de enfermeiro Especialista. Integrando as respetivas equipas multidisciplinares, os cuidados de enfermagem foram desenvolvidos em parceria com a criança/jovem e família/cuidador, fornecendo-lhes ferramentas para vivenciar as situações de transição / imprevisibilidade de forma positiva, no sentido da capacitação, autonomia e corresponsabilização em matéria de processos de saúde e de doença.

A reflexão sobre as aprendizagens desenvolvidas nos contextos da prática foi construída mediante a análise das atividades desenvolvidas rumo à aquisição das competências definidas para o mestrado, regulamentadas pela OE nos Regulamentos nº 122 e 123/2011, sendo fundamentadas à luz das evidências encontradas na RSL.

#### ***Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde***

- ***Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem***

Tendo por base o RPQCEESCJ definido pela OE (2011), no decurso do ensino clínico a mestranda desenvolveu uma filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, em qualquer contexto em que cuidou da criança/jovem em situação de doença. Foi desenvolvida uma intervenção de parceria com o RN/criança/jovem e pais/família, assente “(...) num paradigma integrativo e holístico (...)” (OE, RPQCEESCJ, 2011:15) de intervenção “com” a família enquanto principal cuidador, como postula Anne Casey, cuidando numa perspetiva sistémica e ecológica, da admissão até à alta. A valorização do acolhimento nas unidades de internamento, assim como o 1º contacto no SUP no momento da triagem, contribuíram para esta abordagem.

Foram desenvolvidas intervenções ao nível do avaliar, informar, comunicar – escuta/saber ouvir -, planejar e envolver a criança/jovem e família, negociando a sua participação em todo o processo de cuidar, consubstanciadas pela validação do plano de cuidados de enfermagem. O cuidar em parceria proporciona resultados práticos positivos para todos os intervenientes: as crianças colaboram de forma mais tranquila nas intervenções de enfermagem, uma vez que se encontram protegidas pela figura parental; para os cuidadores, é através da parceria e participação que desenvolvem a confiança para cuidarem de forma autónoma e responsável.

Cuidar de forma holística, especialmente quando o sujeito dos cuidados é uma criança inserida num contexto familiar, perspetivando o autocuidado, pressupõe um

conhecimento sobre o seu conceito de saúde, doença, hábitos e características próprias; neste sentido, procurou-se elaborar a avaliação inicial de enfermagem a todas as crianças internadas, mesmo em regime de SO no SUP, tendo por base o modelo teórico de cada contexto e os sistemas de informação em uso em termos de registos. Foi valorizada a avaliação dos vários sistemas em que a criança se insere e da criança enquanto sistema interativo, o que permitiu uma avaliação da estrutura e contexto familiar, dos fatores de proteção e de risco e das redes de apoio e suporte. As evidências apontam para a importância do conhecimento da comunidade e da informação da própria comunidade acerca da criança e família na contextualização da situação de risco (Francis, *et al.*, 2012), para uma melhor individualização dos cuidados.

Por si só, a situação de internamento é encarada, *a priori*, como uma situação de crise, que afeta negativamente os envolvidos, pela ansiedade, medo do desconhecido, mudança significativa da vida familiar, alto risco de desemprego por absentismo do acompanhante da criança, incerteza face ao diagnóstico médico e resolução da situação, entre outros. O conhecimento do contexto familiar permitiu reconhecer e mobilizar todos estes fatores, no sentido de ajudar a família a encontrar recursos e soluções que permitissem transformar este momento de crise numa experiência mais tranquila, necessária à recuperação da criança, sendo também um momento de grandes aprendizagens.

A comunicação com o RN/criança/jovem foi adaptada à fase de desenvolvimento e situação clínica; no RN foi valorizado o toque enquanto forma primordial de comunicação, embora todos os procedimentos fossem explicados e se cumprisse a apresentação do Enf.º pelo nome, e abordando o RN sempre pelo seu nome. Na criança mais pequena (estágio pré-operatório – pré-conceitual e período intuitivo) mobilizou-se o brinquedo enquanto mediador da interação terapêutica, enquanto com o pré-adolescente e adolescente (estágio operatório concreto e formal) foi permitido o espaço, privacidade e disponibilidade fundamentais para iniciar a interação, muitas vezes abordando inicialmente assuntos da sua esfera de interesses, por forma a adquirir confiança. A mestranda ressalta a situação da intervenção com a criança com paralisia cerebral, desenvolvida ao longo de todo o estágio de Internamento de Pediatria, em que a comunicação verbal e não-verbal se uniram na interação. A Carta de Direitos das Crianças Hospitalizadas (Instituto de Apoio à criança, [IAC], 1990) ressalta, a este propósito, que as crianças ou os seus pais têm o direito a uma informação apropriada à sua idade e compreensão e que as crianças devem ter total oportunidade para brincar, para diversão e educação, adequadas à sua idade e condição.

Para a aquisição das competências no estabelecimento de uma parceria de cuidados promotora da otimização da saúde e da parentalidade, a mestranda ressalta a

importância da participação como formanda na Sessão de Formação subordinada aos temas “Intervenção em Crise” e “Relação Terapêutica”, realizada a 28/05/2013 pelo Pediatra, especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Volker Dieudonné e pela Enf.ª Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, Glória Goretti, nomeadamente pela reflexão partilhada sobre a família e a intervenção do Enf.º, contribuindo para o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Desta formação, a mestrandia destaca os seguintes conteúdos: a família precisa de se sentir envolvida no processo de adaptação ao nascimento prematuro de um filho, tendo necessidade de se sentir importante e envolvida, sendo fundamental o apoio à dinâmica familiar das crianças internadas; o Enf.º é o 1º elemento da equipa multidisciplinar a identificar o ambiente familiar de risco e a quem a família recorre; a intervenção assenta na dicotomia resolução de problemas / acompanhamento, mediada pelo respeito e compreensão do outro. O futuro desejado passa pela atuação ao nível da prevenção primária, demonstrando sensibilidade e capacidade de resposta às solicitações dos pais. A reflexão sobre questões como “O que é que eu enquanto Enf.º faço ao que depositam em mim?”, “Como é que digiro as situações, e prossigo?”, “Que estratégias?”, “E os meus limites...?”, “E em equipa multidisciplinar?”, permitiram um crescimento a nível pessoal, pelo autoconhecimento, mas também um consolidar de competências profissionais principalmente pela mobilização dos Instrumentos Básicos de Enfermagem comunicação e relação de ajuda. É certo que, de forma singular, a intervenção nunca será totalmente eficaz, e que apenas uma equipa multidisciplinar, atuando de forma estruturada, conseguirá o desejado apoio à dinâmica familiar.

A prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as funções autónomas e interdependentes, foi desenvolvida tendo por base o referencial teórico, os conhecimentos e a experiência pessoal, mas também de acordo com os protocolos e procedimentos utilizados nos vários contextos; refletiu-se sempre em equipa sobre outras formas possíveis de desenvolver as mesmas intervenções de enfermagem, com o objetivo de partilhar experiências e saberes.

Em determinados momentos o saudável crescimento e desenvolvimento dos filhos são interrompidos por ocorrências indesejadas levando a que os pais sintam necessidade de recorrer ao serviço de urgência de pediatria. É aí que encontram uma equipa multidisciplinar, capaz de, na grande maioria das vezes, responder satisfatoriamente às suas solicitações, necessidades e expectativas. Por si só, a ida à urgência constitui um enorme fator de *stress* para pais e criança; cuidar em situação de urgência é também valorizar o medo e demonstrar a sensibilidade necessária para o minorar, tentando reduzir ao máximo os efeitos negativos dessa experiência, potenciando os aspetos mais enriquecedores, de acordo com a maturidade da criança/família.

Os cuidados de enfermagem iniciam-se no momento da triagem, em que, para além do motivo da vinda ao SUP, é efetuada uma avaliação global da criança/jovem e desenvolvidas intervenções direcionadas ao alívio dos sintomas. Ressalta-se o protocolo de triagem utilizado no SUP do Hospital de Caldas da Rainha, mobilizado pela mestranda no percurso para aquisição de competências ao nível da triagem de prioridades, identificação precoce de situações de instabilidade, avaliação inicial rápida e sequencial das necessidades de cuidados e sua implementação; o referido protocolo sustenta a autonomia do Enf.º “triador”, para intervir nomeadamente em ações interdependentes decorrentes da situação de doença. O programa informático que a suporta permite o tempo necessário a essa mesma intervenção, assim como o desenvolvimento imediato de ensino informal com eventual disponibilização de folheto informativo. A partilha de experiências ao nível do sistema de Triagem de Manchester, refletindo em equipa sobre as vantagens e desvantagens de cada um dos protocolos de triagem foi uma mais-valia.

É no 1º contacto com a criança/família – triagem no SU e acolhimento no Serviço de Internamento -, desenvolvido de forma acolhedora e adaptada a cada criança/família, que se transmite a disponibilidade e o conhecimento imprescindíveis para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa. Privilegiou-se uma comunicação mais próxima dos pais, a qual permite dar respostas, tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas e os medos que demonstram, evitando possíveis situações de tensão.

Durante a permanência no SUP, seja por espera, para reavaliação após cuidados de enfermagem à criança/jovem, ou por vigilância, o acompanhante da criança/jovem é incentivado a expressar as suas necessidades, medos e anseios relativamente ao estado de saúde dos filhos proporcionando um ambiente de disponibilidade e promovendo uma maior interação entre as partes envolvidas no processo de recuperação da saúde das crianças. Foi através desta interação e confiança mútua, que se promoveu a parceria de cuidados, tentando que os pais fossem parte integrante dos mesmos; assim, desenvolvem-se cuidados “familiares”, como define Anne Casey (1993) no Modelo de Parceria nos Cuidados, e menos traumatizantes para as crianças, uma vez que não são estranhos a realizá-los, mas sim pessoas para elas significativas em colaboração com os enfermeiros. Existiu a preocupação constante na informação ao acompanhante sobre tempos de espera para exames ou avaliação por outros profissionais, no sentido informativo e da gestão pessoal das suas próprias atividades.

Foi valorizada a intervenção do Enf.º enquanto agente promotor da saúde, com recurso ao ensino informal adequado a cada situação e contexto, com vista à otimização da saúde, com avaliação da resposta ao mesmo e planeamento, da necessidade de reforço; a aquisição de competências por parte dos pais, ao nível da Neonatologia, foi mensurada pelo desempenho e autonomia progressiva na prestação de cuidados ao

filho; no Internamento e Urgência de Pediatria, mobilizaram-se técnicas de feedback e reformulação.

Uma das funções autónomas extremamente importantes na prestação de cuidados especializados à criança e família, insere-se no enunciado descritivo dos padrões de qualidade – adaptação às condições de saúde; no período de ensino clínico de Neonatologia, desenvolveu-se um planeamento da alta desde o momento da admissão, adaptado às necessidades do RN/pais, com encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade e no próprio HSF, com o acompanhamento e incentivo à participação em grupos de apoio. Nos restantes contextos também o planeamento da alta foi desenvolvido, embora de forma informal e menos visível em matéria de registos, não sendo usual nos serviços a referência de enfermagem.

### ***Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde***

- ***Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem***

Nos vários contextos de ensino clínico foi desenvolvida uma intervenção de enfermagem adequada à situação clínica do RN/criança/jovem, com base na patologia de base, identificando precocemente situações de alarme e adequando os cuidados à evolução clínica. Em situação de agravamento ou de necessidade de avaliação/intervenção por outros profissionais, após validação com a equipa multidisciplinar, jovem e/ou pais, foi efetuado o respetivo encaminhamento.

São critérios de avaliação para a aquisição da competência supracitada, definidos no Regulamento nº123/2011 pela OE, a identificação de situações de risco, a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, assim como o assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

O caminho conducente ao desenvolvimento do projeto de investimento pessoal foi paralelo à aquisição da unidade de competência para a intervenção competente, refletida e baseada na evidência, que caracteriza os cuidados de enfermagem especializados à criança/família.

Para a identificação de situações de risco em muito contribui uma avaliação inicial de enfermagem sistemática e detalhada, com incidência no contexto e estrutura familiares, a qual foi realizada a todas as crianças internadas. Nos vários contextos foram identificadas situações de RN/criança/jovens em risco:

- Adolescente, internada por tentativa de suicídio - ingestão medicamentosa, inserida num contexto familiar com dificuldades económicas, mãe com antecedentes de vivência de situação de violência doméstica;
- Criança internada, com paralisia cerebral pós meningite bacteriana, mãe desempregada, dois filhos, pai ausente no estrangeiro; ausência de acompanhamento por parte da mãe no período de internamento, sendo dificultado o processo de aquisição de competências para cuidar de uma criança deficiente após alta para domicílio;
- Lactente e pais recorrem 4 dias seguidos ao SUP, sem sinais ou sintomas de doença física, apresentando défice nos cuidados de higiene; pais adolescentes, carência económica, com necessidade de estímulo da parentalidade;
- RN prematuro internado durante 2 meses na Unidade de neonatologia, com alta programada; após desenvolvimento de plano de ensino estruturado, os pais demonstraram dificuldades nos cuidados para satisfação das necessidades do filho, nomeadamente na higiene e conforto, alimentação e respiração;

Segundo a DGS, alguns dos fatores de risco de maus-tratos são: na criança/jovem - nascimento prematuro, défice físico ou psíquico, problemas de comportamento; fatores familiares/contextos de vida - cuidadores vítimas de maus-tratos em criança, défice de competências parentais, comportamentos aditivos, insegurança económica/pobreza, ausência prolongada de um dos cuidadores (DGS, 2011:13).

As várias situações de risco motivaram uma reflexão em equipa multidisciplinar acerca do encaminhamento mais adequado a cada situação, optando-se por referenciação e seguimento da criança/jovem em consulta de pediatria; ao nível do RN prematuro, a decisão foi a transferência para Serviço de Internamento de Pediatria, no sentido de dar continuidade ao processo de capacitação dos pais, já iniciado no Serviço de Neonatologia. As situações de risco identificadas não foram referenciadas ao NHACJR ou CPCJ. A mestranda investiu na estratégia do ensino informal no âmbito da “Promoção das Necessidades da Criança/Jovem no sentido de uma Infância Segura, Saudável e Feliz”, enquanto fator de proteção de negligência/maus-tratos. Alguns pais são incapazes de responder adequadamente aos filhos em determinadas situações. Ser pai/mãe, não implica, em todos os casos, saber, querer ou poder fazer o mais adequado para os filhos. A parentalidade compõe-se de uma série de comportamentos que se podem aprender e/ou melhorar. É nestes casos que a proteção à criança se converte numa missão para todos os parceiros envolvidos, desde a família, à comunidade/sociedade/equipa de saúde (*Conselharia de Proteção Social, 2004, manual traduzido para português e revisto pela CNPCJR, 2010:40*). De acordo com Casey (1993), citado por Farrell (1994), o Enf.º presta cuidados à família para que a criança

tenha as suas necessidades satisfeitas, permitindo um crescimento físico, social e emocional, quer da criança, quer da própria família. O Enf.º tem o dever de intervir no 1º nível, promovendo o bem-estar físico, mental, social e espiritual, prevenindo o risco e protegendo sempre o interesse superior da criança. Identificar que existe défice de competências para cuidar da criança é uma importante estratégia de prevenção. Acompanhar os pais no desenvolvimento dessas mesmas competências é o passo seguinte. Contudo, quando os pais demonstram que não são capazes de responder adequadamente às necessidades dos filhos, e se esgotam as estratégias de prevenção secundária, o caminho de proteção à criança legalmente definido é a sinalização para o NHACJR.

A prematuridade por si só é considerada um fator de risco de maus-tratos (DGS, 2011:13). O ensino clínico na Unidade de Neonatologia promoveu a oportunidade para o desenvolvimento de competências ao nível da prevenção secundária, com intervenção baseada nos fatores de risco e de proteção. Os fatores de proteção têm a característica de poder atuar como moderadores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respetivo impacto (DGS, 2011:11). A intervenção desenvolvida baseou-se numa avaliação continuada de fatores de risco/proteção, valorizando os aspetos protetores e reforçando de forma positiva a resiliência e competências demonstradas.

A intervenção do Enf.º a nível da prevenção é valorizada, com a articulação entre o Serviço de Obstetrícia/Grávidas de Risco e a Unidade de Neonatologia, através da visita às instalações onde o RN ficará internado (sempre que possível) e da disponibilização do Álbum digital “Nascer Prematuro” (CD 1) a todos os casais grávidos de risco em que se suspeita de parto prematuro. O mesmo foi elaborado com imagens reais da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, permitindo aos pais o contacto visual com fotografias do ambiente e da vasta tecnologia que envolve o RN. É importante desenvolver uma atuação concertada entre os diversos profissionais, capacitando os pais para vivenciarem de forma positiva a prematuridade do filho. Taylor, *et al.* (2009), aponta exatamente para a importância da intervenção dos profissionais de saúde na avaliação sistemática e rigorosa dos fatores de risco e das necessidades das crianças/pais; a eficácia da prevenção de maus-tratos decorre da melhoria das competências dos pais, ajudando-os a identificar as dificuldades específicas e mutáveis que podem impedir a sua capacidade de oferecer segurança, carinho e cuidados de desenvolvimento para os filhos. Refere ainda a importância de avaliar a evidência diária de fatores de risco e de proteção, tendo como foco a criança.

Para assistir a criança/jovem em risco ou na situação de maus-tratos, foi necessário, *a priori*, perceber o encaminhamento de situações de risco e de maus-tratos que é efetuado nos diferentes contextos. No HSF, o NHACJR encontra-se em

funcionamento desde 2007, e a sua intervenção regulamentada; foi possível reunir com a Enf.<sup>a</sup> que o integra, e perceber na prática como é desenvolvida a intervenção após sinalização, que provém principalmente do Serviço Urgência Pediátrica; e refletir também acerca da não sinalização, mesmo quando existem fatores de risco identificados. No Hospital de Caldas da Rainha, o NHACJR encontra-se constituído legalmente, para dar resposta ao Despacho n.º 31292/2008, mas não tem intervenção prática no contexto dos cuidados à criança/jovem, por condicionantes do Conselho de Administração; a Assistente Social é a profissional de abordagem direta em situações de risco ou de maus-tratos. Francis, *et al.* (2012), ressalta que, a tarefa de garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, assim como a notificação obrigatória, embora muitos profissionais desconheçam o enquadramento legal de proteção à infância, e apontem a falta de confiança e competência para sinalizar

Meads, *et al.* (2010), referem que apenas 1% das situações sinalizadas na Nova Zelândia provêm de médicos e enfermeiros, alertando para a importância da consciencialização das equipas para as questões do abuso/negligência. Em 2013, em Portugal, os Serviços de Saúde foram responsáveis por apenas 5,3% das sinalizações de situações de perigo às CPCJ (CNPCJR, 2014). Uma das competências legalmente definidas e regulamentadas da equipa de profissionais NHACJR do HSFJ é precisamente a de sensibilizar, formar e capacitar os profissionais para a área dos maus-tratos à criança. Melhorar a formação dos profissionais será fortalecer a sua vontade de denunciar, sabendo o que fazer, como fazê-lo, identificando os passos no processo de tomada de decisão (Francis, *et al.*, 2012). Na realidade, é difícil de concretizar, sendo mesmo referido pela Enf.<sup>a</sup> que o integra “a disponibilidade de tempo não existe. Muito do que faço é no meu tempo. (...) E depois, os miúdos têm alta e já têm entrado aqui na urgência um dia depois muito mal (...) isto quer dizer alguma coisa” (sic Enf.<sup>a</sup>). A dinâmica de intervenção em serviços de urgência não permite a disponibilidade de tempo necessário para avaliar, analisar, olhar e ver para além do óbvio, perceber, na conjugação de fatores, que existe o risco...acabando apenas por se intervir nas situações de perigo e quando os sinais de maus-tratos são objetivos. Francis, *et al.* (2012) analisaram o processo de tomada de decisão perante a criança em risco, concluindo que o mesmo se processa em 4 etapas: 1ª – o alerta para a possibilidade de abuso ou negligência (identificação de sinais de alerta); 2ª – período de espera e colheita de provas (compasso de tempo para perceber se foi uma situação isolada ou existe padrão de repetição, enquanto se recolhem evidências para comprovar a suspeita); 3ª- tomada de decisão de denunciar ou não (influenciada por fatores pessoais e organizacionais); 4ª – o resultado da decisão (sentimento de culpa/sentimento de ter feito o correto). Um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas a 27 profissionais de 7 hospitais

holandeses, dos quais 6 enfermeiros, desenvolvido por Louwers *et al.* (2012) conclui que os profissionais de saúde estão motivados para melhorar a deteção, mas referem falta de tempo para desenvolver uma política e protocolos adequados, para registar a suspeita e organizar a informação, reconhecendo a importância da existência de protocolos de atuação e fichas de registo/sinalização conhecidos por todos os profissionais. Estas barreiras estão identificadas e estudadas por vários autores, sendo a falta de tempo para o desenvolvimento da política de abuso, a falta de meios e a alta rotatividade dos profissionais do departamento de emergência consideradas, no estudo do autor anteriormente referido, impedimentos para melhorar a política de intervenção no abuso infantil. No mesmo estudo, os profissionais referem falta de tempo para desenvolver protocolos adequados, instrumentos de ajuda à deteção e registo da suspeita. Neste sentido, na intervenção desenvolvida no Hospital de Caldas da Rainha, foram elaborados em conjunto com alguns membros da equipa multidisciplinar, os protocolos “Atuação em Caso de Suspeita de Mau Trato a Crianças e Jovens” e “Atuação em Caso de Suspeita de Abuso sexual de Menores” (ANEXO VI) e a “Ficha de Sinalização – Criança/Adolescente em Situação de Risco/Perigo” (ANEXO VII), com base nas Orientações Técnicas da DGS. Foram posteriormente apresentados à equipa em Sessão de Formação, para validação e futura aprovação. Decidiu-se também colocar um Cartaz nos dois postos de triagem de enfermagem referindo os Sinais e Sintomas associados aos Maus-Tratos em Geral e os algoritmos de Deteção de Sinais de Alerta e de situações de Maus-Tratos (ANEXOS I, VIII E IX). O estudo desenvolvido por Pabiś *et al.* (2011), ressalta que frequentemente são os enfermeiros que têm o 1º contacto com a criança maltratada, devendo estarem alerta e atentos para os sintomas e fatores de risco: físico, emocional, e social, embora não seja suficiente para diagnosticar a violência, devendo ser analisados diferentes sintomas conjugados, e eventual repetição de episódios. A revisão da literatura efetuada por Stavrianopoulos e Gourve (2012), em que incluiu artigos publicados entre 1996 e 2009, esclarece de forma clara e concisa o papel do Enf.º, sendo que o protocolo de intervenção na situação de mau trato/abuso sexual reflete essas mesmas evidências: garantir a segurança da criança, ajuda e apoio à família em situação de crise, ativação de equipa multidisciplinar (em Portugal, NHACJR e CPCJ) que responde à divulgação, recolha de evidências, tratamento de feridas e apoio emocional, com elaboração final de relatório.

Felizmente, não existiram situações de crianças vítimas de maus-tratos no período de ensino clínico; contudo, pela discussão/partilha de experiências anteriores, a sinalização à CPCJ é sempre um processo difícil. Foi notório também o nível de incerteza face aos serviços de proteção à Infância (Eisbach e Driessnack, 2010), acrescentado à evidência de que o relato do abuso/negligência é uma experiência stressante para os

profissionais (Francis, *et al.*, 2012). Os mesmos autores referem a responsabilidade profissional de notificação obrigatória; as diretrizes atuais obrigam ao relatório de situações quando há uma suspeita razoável (Eisbach e Driessnack, 2010), garantindo a saúde e segurança da criança, com comunicação às autoridades de todos os casos de suspeita (Stravrianopoulos e Gourve, 2012).

### ***Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade***

- ***Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados***

Às vezes (...) pensava que tudo estava prestes a terminar. Foi só porque ouvia dentro de mim o avozinho a dizer. «Isso mesmo, ainda não é altura de desistir» que consegui passar por tudo aquilo. (...) Sepultaram o avozinho há muito tempo. (...) quando flutuamos até aqui no teto, podemos olhar lá para baixo e ver tudo. No corredor cinzento encontram-se quatro pessoas e uma caixa de plástico sobre rodas. Movimentam-se com rapidez. (...) A outra mulher ri. Tem um sorriso luminoso. Poisa os dedos compridos no topo da caixa de plástico. (...) «Está tudo bem aí dentro, bonequinho?» (...) Eles pensam que estou a dormir, mas estou só quietinho, a sentir tudo, a aprender a viver. (...) (78º dia) E recordo o momento em que tentei abrir os olhos e vi que a mamã e o papá não estavam. Um momento de pânico. (...) (116º dia) Não precisava de me apressar. Decidi esperar até todos se despedirem. (Kay, 2000:57,58,190,243)

Durante o ensino clínico a mestranda conseguiu demonstrar autonomia na intervenção com a criança/jovem em situação instável, desenvolvendo a ciência e arte de cuidar em situação de imprevisibilidade que caracteriza a urgência e emergência. Intervir de forma eficaz e eficiente, integrada na equipa multidisciplinar de um serviço de urgência pediátrica implica não só sólidos conhecimentos teóricos como uma experiência prática vasta na gestão de situações críticas e de *stress* para a equipa e para a criança/jovem e cuidador, experiência esta que foi sendo adquirida e consolidada na interação com o sujeito dos cuidados e com os profissionais de saúde.

No desenvolvimento de atividades que contribuíram para a aquisição da competência é imprescindível ressaltar a pesquisa bibliográfica constante, assim como, a reflexão em equipa sobre a intervenção do Enf.º em situação de emergência, organização da equipa prestadora de cuidados na sala de emergência, com partilha de saberes e de experiências, já que nos turnos de estágio não existiu nenhuma situação com necessidade de cuidados na sala de emergência. O Enf.º assume um papel central, devendo ser capaz de rapidamente identificar a criança gravemente doente e intervir em situações de instabilidade, que muitas vezes se apresentam com sintomas subtis; a capacidade para reconhecer as mudanças anormais é a chave da abordagem em pediatria; os enfermeiros que prestam cuidados de emergência pediátrica devem assumir

que as políticas e procedimentos específicos em pediatria são desenvolvidos para dirigir e manter consistência nos cuidados de emergência em pediatria (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência [APEU], 2009:9,10).

A mestranda demonstrou a capacidade de estabilização da criança/jovem gravemente doente perspetivando o transporte seguro para unidade diferenciada, por meio de uma avaliação/intervenção estruturadas – Avaliação Primária e Secundária, através da abordagem *ABCDEFGHI*.

É necessário utilizar um processo sistemático na avaliação inicial de todas as crianças com doença (...), de modo a permitir o reconhecimento de situações de perigo de vida, (...) e para determinar prioridades nos cuidados, de acordo com os achados da avaliação (APEU, 2009:40).

No percurso para desenvolver competência ao nível da área da emergência clínica em pediatria, a mestranda propôs a realização de dois turnos de estágio no Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, enquanto ambulância tripulada por um Enf.º e um médico com experiência na estabilização de crianças gravemente doentes, e um técnico de ambulância de emergência. Esta ambulância está dotada do equipamento necessário à estabilização e transporte deste tipo de doentes, para uma unidade de cuidados diferenciados/intensivos. Não foi possível concretizar a atividade proposta por condicionantes do próprio Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Em lactentes e crianças pequenas a dificuldade respiratória é uma das patologias que motiva o recurso frequente ao SUP e, frequentemente, a origem de paragem respiratória. Neste sentido, foi mobilizada a Escala de Avaliação da Gravidade de SDR, permitindo uma intervenção eficaz e eficiente, baseada numa avaliação mensurável. Desta forma, o Enf.º atua precocemente, estabilizando a criança com SDR.

A instabilidade de funções vitais muitas vezes ocorre fruto de um agravamento do estado clínico da criança/jovem, em contexto de internamento, e os cuidados são desenvolvidos na unidade da criança/jovem, sem recurso a uma sala de emergência.

A situação de internamento em cuidados intensivos neonatais, por si só é caracterizada pela instabilidade e risco de vida do RN prematuro, com monitorização contínua de todas as funções vitais; qualquer agravamento é precocemente detetado e a atuação em equipa multidisciplinar desenvolvida de forma rápida; a mestranda teve oportunidade de desenvolver funções autónomas e interdependentes neste sentido, nomeadamente ao nível dos procedimentos relacionados com entubação orotraqueal, ventilação mecânica e administração de óxido nítrico.

Enquanto desenvolveu competências no cuidar do RN de alto risco, a mestranda vivenciou uma situação de morte de um prematuro gémeo, cuja irmã manteve internamento na unidade. Em equipa multidisciplinar, foi dignificada a situação da morte,

promovendo a individualização da família nos momentos antes, durante e após diagnóstico de morte, e permitindo aos pais a permanência contínua junto do RN, sendo essa a vontade manifestada. Foi promovida expressão de sentimentos, demonstrou-se disponibilidade na interação e “esteve-se com” os pais, no sentido da gestão do luto, em todo o período posterior de permanência na unidade. Esta vivência foi dolorosa, mas muito importante no desenvolvimento de competências no cuidar da criança/família em qualquer contexto da prática, fomentando na mestranda a reflexão sobre a morte e o morrer, o papel do Enf.º no acompanhamento em fim de vida, conduzindo ao autoconhecimento e crescimento pessoal e profissional.

Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária, corremos o risco de nos envolvermos com eles e constituirmos o vínculo afetivo (...). Ele é visto como uma base de segurança e, quando é interrompido, como na presença da morte, provoca sofrimento e sentimento de perda (...). (Costa e Lima, 2005:151-157)

A intervenção do Enf.º em Neonatologia possui características particulares, decorrentes do reservado prognóstico do recém-nascido prematuro internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (normalmente com internamentos prolongados) e da fragilidade emocional dos pais. Não se podem esquecer as vivências dos enfermeiros que trabalham nestas unidades especializadas. A estes, é exigida competência na manipulação das mais especializadas máquinas às quais o RN está conectado, que tenham perícia nas intervenções invasivas, que consigam incluir os pais nos cuidados prestados e que saibam lidar com o *stress* que advém das situações em que existe perigo de vida. Para gerir emoções como o medo, a ansiedade, o *stress*, advindos da prestação de cuidados em Enfermagem Neonatal, é natural que sejam desenvolvidas estratégias de *coping* (Braga e Morsch, 2004). A vivência neste contexto específico permitiu a aquisição de competências a este nível, capacitando a mestranda para gerir as emoções pessoais nas situações de imprevisibilidade em qualquer contexto.

A otimização dos cuidados em situação de emergência depende não só das competências técnico-relacionais dos profissionais de saúde, do domínio em SAV Pediátrico, como também da funcionalidade e operacionalidade dos materiais e equipamentos imprescindíveis aos mesmos; em todos os contextos a mestranda colaborou na verificação dos Carros de Emergência e Desfibrilhador. A sua existência, bem como de todo o material que o compõe e a sua organização, são ferramentas imprescindíveis para o sucesso da abordagem da criança gravemente doente; pressupõe-se a uniformização da organização dos carros de emergência e respetiva verificação, tendo por base a Orientação da DGS N°008/2011, agilizando a intervenção em emergência.

- **Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas**

Para cuidar da criança /jovem em situações de especial complexidade, de forma competente, a mestranda desenvolveu a prestação de cuidados nos diferentes contextos atendendo ao bem-estar físico, psicossocial e espiritual do cliente, enfatizando a avaliação da dor, gestão farmacológica e não farmacológica da mesma, com monitorização da resposta da criança à intervenção, com base nos protocolos de monitorização da dor e escalas em uso nos serviços. O seu registo foi efetuado via informática ou manual também de acordo com a realidade dos contextos. O Enf.º é autónomo na gestão terapêutica da dor, tendo subjacente à sua intervenção um protocolo de atuação. Relativamente às intervenções não farmacológicas no alívio da dor foram utilizadas a técnica de distração, de imaginação orientada, relaxamento e estimulação cutânea, sendo desenvolvido junto da criança/jovem e cuidador, o ensino informal e treino de capacidades no sentido do desenvolvimento da técnica pelos próprios.

Ainda no âmbito da gestão da dor e valorização do bem-estar físico e psíquico, ao nível dos cuidados ao RN prematuro foi promovida a manutenção de um ambiente seguro e tranquilo, cumprindo o controlo de *stressors* que condicionam o adequado desenvolvimento e bem-estar do prematuro, nomeadamente controlo de ruído e luminosidade. Valorizou-se em todos os cuidados prestados a identificação precoce de manifestações de dor no RN com recurso à sucção não nutritiva, controlo ambiental e contenção na gestão não farmacológica da dor. No RN prematuro, internado numa unidade de cuidados intensivos, dependendo do seu peso, idade gestacional e condição clínica, as funções até então desempenhadas pela placenta e pelo corpo da mãe, são substituídas por tecnologia de ponta e por profissionais especializados e diferenciados. Reencontrará a sua mãe, figura de conforto, proteção e segurança, após experienciar o sentimento de dor, pautada pela sua ausência, pelos cuidados invasivos, pelos estímulos ambientais e sensoriais contínuos. Na unidade neonatal,

o recém-nascido é encaminhado a vivências que não deveriam ocorrer (...) Buscando autorregulação e equilíbrio – pois necessita lidar com uma série de estímulos dos quais não consegue definir a proveniência – tenta conhecer limites que deveriam ser construídos no contacto físico e afetivo com a mãe. Para isso, utiliza recursos como sono, (...) habituação, proteção de olhos e ouvidos com as mãos e braços – todos reguladores do seu contacto com o ambiente (Braga e Morsch, 2004:543-547).

Assumindo muitas vezes um comportamento pouco reativo aos estímulos circundantes, o RN alcança a autorregulação e reorganização imprescindíveis ao seu descanso e desenvolvimento. As experiências vivenciadas permitiram constatar na prática que “(...)o trabalho é realizado no espaço da UTI neonatal, local em que ocorrem

as (...), as trocas e as comunicações. Não só trabalhamos nesse ambiente como também atuamos sobre o mesmo” (Braga e Morsch, 2004:551). O ambiente é estudado ao mínimo pormenor, sendo desenvolvidos todos os esforços por torna-lo o mais seguro e confortável para todos; os estímulos são reduzidos ao mínimo. Todos os cuidados ao RN, desde o toque aos procedimentos invasivos, envolvem-se num momento de partilha, de comunicação, explicando detalhadamente todos os passos. O RN é extremamente recetivo e compreensivo: no período inicial da vida, dispõe de linguagem analógica, capaz de apreender os sentimentos de quem se dirige a ele; os pais, têm manifestamente sede de informação e de conhecimento, e são uma ajuda fundamental no apoio ao RN.

***Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem***

- ***Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil***

Durante o ensino clínico foram desenvolvidas intervenções no âmbito da avaliação do crescimento físico / percentis, com registo em Boletim Individual de Saúde, avaliação dos reflexos do RN, avaliação do desenvolvimento de acordo com Escala de Mary Sheridan e deteção de sinais de alerta em matéria de desenvolvimento infantil, com encaminhamento das mesmas para profissionais especializados.

Nas aprendizagens desenvolvidas rumo à aquisição de competências que permitem intervir enquanto mestrande e futura Especialista na área de Enfermagem da Criança e do Jovem, considerou-se foco de atuação a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, RPQEESCJ, 2011). Foi valorizado em todos os contextos o ensino informal e treino em termos de cuidados antecipatórios nas áreas mais adequadas a cada realidade – ensino sobre desenvolvimento infantil, papel parental, alimentação, higiene, segurança, prevenção de negligência/maus-tratos, objetivo da vacinação e efeitos secundários, intervenção no domicílio e deteção de complicações que requeiram a procura de serviços de saúde, nomeadamente sinais de alarme no RN e criança gravemente doente. De acordo com o protocolado em cada contexto de estágio, foram ou não utilizados folhetos informativos/folhas de recomendações, de acordo com os temas abordados. A avaliação do ensino informal realizado baseou-se na demonstração de capacidades práticas por parte da criança/jovem/cuidador e na reformulação da informação transmitida.

- ***Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais***

A promoção da parentalidade e da vinculação precoce são fundamentais para cuidar de forma competente e diferenciada; as intervenções desenvolvidas no contexto de Internamento de Neonatologia permitiram à mestranda um vasto leque de aprendizagens imprescindíveis ao desenvolvimento da competência.

Foi desenvolvido o processo de aprendizagem de competências técnicas fundamentais para o exercício da profissão, mas principalmente, a aprendizagem e consolidação de competências ao nível da interação com os pais no sentido da promoção da parentalidade e da vinculação precoce. O Enf.º está continuamente atento às necessidades do RN e dos pais; é atribuído significado aos gestos, fâcies e postura, facilitando a comunicação num processo de parceria de cuidados, em que os pais são os cuidadores fundamentais, “(...) deixando claro que somos meros coadjuvantes. (...) Nossa intervenção busca resgatar a competência das figuras parentais, facilitando a formação de vínculos” (Braga e Morsch, 2004:552).

No decorrer do ensino clínico as competências da mestranda foram sendo desenvolvidas e consolidadas na ação, através de:

- Promoção da amamentação
- Avaliação do desenvolvimento da parentalidade, com reforço de ensino aos pais em situações que se deteta comprometimento da parentalidade
- Intervenção em parceria com os pais, com base na parentalidade baseada na progressão do desenvolvimento da criança prematura - informação sobre as competências e capacidades do RN promotoras do comportamento interativo
- Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN, nomeadamente ao nível da alimentação e administração de terapêutica via oral/sonda nasogástrica, higiene e conforto, otimização da fralda, posicionamento e manipulação do RN
- Promoção do toque pele com pele – treino de competências no desenvolvimento do Método Canguru

A valorização do toque pele com pele, é fundamental nesta etapa da vida do RN e dos pais. No pré-termo, a pele surge como uma representante corporal de auxílio ao nível da limitação e contenção, barreira de proteção e facilitadora da comunicação pela integração de experiências; sendo imatura, conduz também à experiência de não-contenção. Daqui se percebe a relevância do papel do Enf.º ao nível do posicionamento do RN com contenção e do respetivo ensino aos pais. O toque é considerado veículo promotor da vinculação precoce e da parentalidade; daí a importância do desenvolvimento do Método Canguru ou Cuidado pele com pele, enquanto “(...) contacto pele-a-pele precoce, prolongado e contínuo entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo-peso (...), de forma ideal com amamentação exclusiva e acompanhamento

adequado” (Cattaneo *et al.*, em 1988, citado por Amaral, 2009:50). Pode ser aplicado a RN com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, independentemente do seu peso e deve durar o máximo de tempo possível, não devendo este ser inferior a 1 hora, por forma a evitar o excesso de manipulações ao RN. São muitos os benefícios, tanto a nível biológico como psicológico, quer para o RN, como para a mãe/pai. Cattaneo *et al.* (1998) e Lamy *et al.* (2005) citados por Amaral (2009), salientam como vantagens o calor maternal que promove o controlo térmico do bebé, a promoção da amamentação e o aumento da competência e confiança da mãe, com especial benefício para mães adolescentes e/ou com fatores de risco sociais. Foi presenciado o bem-estar do RN e da mãe/pai enquanto desenvolvem o Método Canguru, assim como a tranquilidade que proporciona após procedimentos invasivos e manipulações. Os braços da mãe e do pai, e a pele do seu corpo em contacto com a pele do RN oferecem os recursos anteriormente fornecidos pela placenta (Braga e Morsch, 2004); o contacto com os pais faz com que o bebé se sinta seguro fora do útero.

A promoção da parentalidade, da vinculação precoce, do contacto pele com pele, capacitando para o cuidar centrado no desenvolvimento, para as competências do recém-nascido e para as necessidades das crianças/jovens são formas de intervenção na prevenção do risco / perigo.

Das aprendizagens desenvolvidas e vivenciadas na construção da competência ao nível da promoção da parentalidade, destacam-se a colaboração dos pais em quase todos os cuidados ao RN; a tranquilidade que é possível existir numa unidade de cuidados intensivos; o sorriso e a disponibilidade permanente para os pais, mesmo nos momentos mais difíceis.

### ***Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica***

- ***Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade***
- ***Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática***

As definições mais recentes de qualidade nos serviços de saúde indicam que estes devem ir ao encontro das expectativas dos utentes, respondendo aos seus valores e preferências, sendo as suas opiniões um importante indicador de qualidade. Nesta perspetiva, “a satisfação do utente é encarada como indicador de qualidade, na medida em que reflete a sua visão quer a nível das características do processo de que foi alvo como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas” (Silva, *et al.*, 2007, citado por Pinto e Silva, 2013:96).

No decurso do período de ensino clínico no Hospital de Caldas da Rainha foi manifestado o interesse da equipa de enfermagem em implementar um sistema de

qualidade ao nível da avaliação da satisfação do cliente, assim como a preocupação face à inexistência de indicadores de avaliação. Neste sentido, a mestrande desenvolveu um Projeto de Avaliação da Satisfação dos Clientes quanto ao Internamento de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica (ANEXO X), para validação pela equipa do serviço, tentando de alguma forma responder à necessidade manifestada pelos profissionais. Foi elaborado um questionário de avaliação da satisfação dos clientes para validação e futura implementação, e respetiva Instrução de Trabalho (onde se definem a metodologia a aplicar na avaliação da satisfação dos clientes, o âmbito, os responsáveis pela execução e a descrição da execução em si). O projeto foi apresentado e discutido em equipa em sessão de formação realizada nos dias 4 e 11 de Julho de 2013, refletindo-se acerca da importância da implementação do mesmo enquanto projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Um estudo num hospital português, desenvolvido por Pinto e Silva (2013), demonstra que, através da avaliação da satisfação dos clientes é possível melhorar a qualidade dos serviços prestados, ajudando a minimizar o stress e a fortalecer a humanização dos cuidados. Releva ainda a necessidade de monitorizar a satisfação e a qualidade dos serviços de saúde; também Pedro, *et al.* (2010), no estudo desenvolvido entre 2000 e 2004, demonstra que o papel dos clientes é fundamental, sendo estes quem melhor conhece a realidade vivida nos hospitais. A sua opinião não pode ser descurada, sendo extremamente importante que os hospitais realizem periodicamente estudos de avaliação da satisfação dos seus clientes.

Para avaliar a satisfação é preciso ouvir as pessoas, saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão; é fundamental identificar o nível de satisfação e expectativas dos acompanhantes das crianças que utilizam os serviços de pediatria, no sentido de perceber e mensurar as necessidades de mudanças rumo à melhoria contínua dos cuidados prestados. Cabe ao Enf.º, (OE, Regulamento n.º 122/2011), avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado. Para o operacionalizar, deve definir indicadores para medição da qualidade, em função das necessidades e aplicar instrumentos de avaliação de resultado, baseando a sua intervenção no reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados; partindo dos resultados, tem o dever de implementar programas de melhoria contínua.

***Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento***

- ***Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade***

### ***Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção***

A Criança em Risco é um tema difícil de abordar e, por isso, constitui um desafio cada vez maior para os profissionais de saúde. As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na deteção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2005), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil. Para a obtenção de ganhos em saúde nesta área é fundamental uma identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia e ainda que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados, motivados e dotados de competências apropriadas (DGS, 2008).

No âmbito do período de ensino clínico em contexto de internamento e urgência pediátrica, em que a equipa prestadora de cuidados é comum, a mestranda desenvolveu sessões de formação (Apêndice I), no sentido de capacitação para o cuidar da criança em risco, mediada pela reflexão e partilha de experiências e conhecimentos com os enfermeiros.

A formação permanente é um indicador da excelência do exercício profissional (OE, Código Deontológico do Enfermeiro, 2009) e encontra-se consagrada no REPE (1996:6), onde se lê, no artigo 9º, que “Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área da (...) formação (...), nomeadamente, organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros.” 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).

Para que existam mudanças na prática de enfermagem é necessária análise e reflexão crítica. A praxis clínica especializada surge então, como base ideal para comunicar, refletir e aprender, devendo valorizar-se as experiências de cada um como forma de aumentar o conhecimento e de obter novos saberes. O conhecimento que resulta da prática da vivência diária, pressupõe que exista uma reflexão sobre as experiências (Alarcão, 2001). Desta forma, é imperioso refletir sobre a “Criança em Risco”, pensar nos procedimentos, no que se faz e como se faz; nos resultados; e planejar o que se pode fazer para que se previna o risco na criança e proteja do perigo. Enquanto mestranda/profissional, inserida numa equipa multidisciplinar, ao refletir sobre a prática de enfermagem, surgiu a consciencialização das diferentes situações de maus-tratos. A transmissão das experiências no contexto de cuidados fortalece a prática de enfermagem (Benner, 2005); logo, as organizações devem apostar em mudanças

orientadas para os problemas, usando os recursos internos como formadores e catalisadores da própria competência (Canário, 2003).

Foi visível no contexto a sensibilização dos profissionais de saúde perante este tema, pela partilha diária de situações vividas. A dinâmica das sessões, embora com reduzida adesão, foi motivadora de uma reflexão da prática com partilha de experiências. Pela expressão facial, foi notória a dificuldade em visualizar as imagens reais apresentadas durante as sessões...o choque, que obriga a parar para refletir na intervenção preventiva, foi verbalizado. Pabiś, *et al.* (2011), no estudo descritivo-transversal desenvolvido com enfermeiros pediátricos na Polónia, refere que a violência contra crianças muitas vezes não é discutida, sendo que apenas 12% dos enfermeiros envolvidos no estudo referem estar confiantes das suas habilidades na identificação de sinais de mau trato. Eisback e Driessnack (2010), concluem que o ponto de divergência na comunicação de processos se situa ao nível dos conhecimentos e competências profissionais dos enfermeiros, constatando que, nos casos em que a evidência do abuso é objetiva, o encaminhamento da situação deve ser imediato; a situação de denunciar a situação torna-se mais complexa quando os dados são subjetivos, exigindo um conhecimento mais aprofundado dos sinais e sintomas de maus-tratos.

Na área da criança em risco a função de formação de pares está legalmente atribuída ao Enf.º que integra o NHACJR; no ponto 3.5 do Despacho n.º 31292/2008:49208,49209, encontram-se definidas as funções dos núcleos, de entre as quais se destacam: “Incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente; Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico (...); Incrementar a formação e preparação dos profissionais (...).”

No contexto, como referido anteriormente, o NHACJR não tem intervenção prática. Todavia a formação é uma das áreas de responsabilidade de todos os enfermeiros. A reflexão sobre esta temática foi muito positiva demonstrando interesse e sensibilidade por parte da equipa, o que irá certamente contribuir para um olhar mais atento para a criança em risco, conduzindo à melhoria dos cuidados. A revisão da literatura aponta exatamente no sentido da formação teórico-prática como estratégia de capacitação dos enfermeiros para o cuidar eficaz e eficiente em todo o processo que envolve a criança em risco ou vítima de mau trato. Após a realização do estudo exploratório-descritivo para compreender os processos de tomada de decisão face à questão da criança em risco, Francis, *et al.* (2012) concluem que a formação dos profissionais deve ser explícita e atualizada, com base em aprendizagens interprofissionais, fortalecendo assim a sua confiança na sinalização, sabendo o que fazer e como fazê-lo. Consciencializar a equipa para as questões do abuso/negligência

torna-a mais capacitada para lidar com o problema (Meads *et al.*, 2010). As diretrizes atuais a nível internacional obrigam à sinalização de situações quando existe uma suspeita razoável que, sendo subjetiva, resulta da avaliação multidisciplinar e é sustentada por um corpo de evidências. Vários autores concluíram que a decisão de sinalizar passa pela habilidade e conhecimentos de cada Enf.º na avaliação da criança, o que sustenta a necessidade de incluir na formação os sinais e sintomas menos objetivos, sendo vantajoso o recurso a estudos de casos clínicos (Francis, *et al.*, 2012; Selly e Driessnack, 2010). Os resultados do estudo de Pabiś, *et al.* (2011) sugerem que é essencial desenvolver conhecimentos e habilidades nos enfermeiros pediátricos para capacitá-los para prestar um serviço mais profissional e cuidar de crianças maltratadas de forma mais competente.

O suporte bibliográfico disponibilizado – Manual “Intervenção do Enf.º perante a criança em risco” permitirá à equipa multidisciplinar o acesso rápido e organizado a toda a informação relativa aos maus-tratos, perigo, risco, fatores de proteção, responsabilidade dos serviços de saúde e enquadramento legal.

A decisão de investimento na área da formação dos profissionais foi baseada nas evidências de vários estudos desenvolvidos nos últimos anos e, na realidade, a educação com recurso à formação estruturada é a base para a deteção do abuso infantil (Louwers, *et al.*, 2012).

### 2.3 – ADQUIRINDO A COMPETÊNCIA: FATORES INFLUENCIADORES

No caminho rumo à aquisição das competências definidas pela OE para uma intervenção de enfermagem especializada à criança/jovem e família, a mestranda releva como fator preponderante a disponibilidade das equipas multidisciplinares nos vários contextos. Como contributo no processo, ressaltam-se fatores como a orientação dos cooperantes, a aceitação enquanto membro da equipa de saúde, a confiança e a promoção da autonomia no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.

Ao nível dos cuidados neonatais as aprendizagens técnicas e relacionais foram muito importantes para a mestranda; o serviço onde foram desenvolvidas é uma unidade altamente especializada e de referência nacional, em que foi possível o desenvolvimento de técnicas novas e o contacto com tecnologia diferenciada. Para o cuidar enquanto Enf.º fundamental foi a intervenção em parceria, em que os pais efetivamente são envolvidos nos cuidados ao RN, privilegiando-se a relação, o bem-estar e a satisfação, num ambiente que conjuga o *intensivismo* técnico com a tranquilidade e o sorriso. O período em que o ensino clínico decorreu foi conturbado para o serviço, devido a contaminação

bacteriana na Unidade de Cuidados Intensivos; o isolamento de RN e o encerramento da própria unidade para admissões não permitiram um maior número de experiências. Sabendo que um dos fatores de risco de maus-tratos infantis é a prematuridade, ao nível dos cuidados neonatais o Enf.º demonstra a sua autonomia, intervindo permanentemente ao nível da prevenção primária e secundária, através da promoção da parentalidade positiva; foram limitativas as lacunas no encaminhamento de situações de risco, embora o NHACJR desenvolva a sua intervenção de acordo com o Despacho nº31292/2008.

O percurso desenvolvido no contexto de internamento da criança/jovem e família conduziu ao cimentar de uma intervenção permeada pela disponibilidade para efetivamente Cuidar em Pediatria, onde se valorizou o “estar com” a criança e família, numa relação de partilha e capacitação rumo à recuperação e autonomia familiar na maximização da saúde; avaliar o desenvolvimento de uma criança enquanto brinca ao ar livre, é certamente mais preciso que num gabinete fechado... à criança é permitido exatamente ser criança.

De todos os períodos de ensino clínico no percurso do mestrado, o contexto de urgência/emergência foi o mais motivador para a mestranda. Todavia, no percurso de desenvolvimento de competências específicas ao nível da intervenção com a criança em situação de emergência, a inexistência de situações emergentes foi limitadora, assim como a impossibilidade de concretização de intervenção durante o transporte da criança gravemente doente. A reflexão em equipa e partilha de saberes e formas de cuidar permitiram contornar de alguma forma a limitação. O contacto com o aplicativo informático *Alert* foi uma mais-valia em matéria de registos; também a triagem de enfermagem, enquanto 1º contacto com a criança e família, não possuindo limitações de tempo ou espaço de escrita, permitiu a avaliação da criança e família, embora sumária, com intervenção imediata de acordo com a situação clínica e necessidades de ensino identificadas.

Ao nível da intervenção na Criança em Risco, identificam-se como fatores limitadores ao desenvolvimento de competências específicas a inexistência de situações que permitissem a operacionalização da intervenção protocolada, assim como, a impossibilidade de contacto com a CPCJ, enquanto parceiro da comunidade que intervém ao 2º nível, no sentido de um conhecimento dos dados estatísticos e da forma de operacionalização da intervenção na área de abrangência dos contextos de estágio. Foi valorizada a vertente preventiva; na deteção e encaminhamento de situações de risco, “soube a pouco” a intervenção possível, mas muito não depende da equipa de enfermagem. Na capacitação e consciencialização dos profissionais e das equipas para as questões do abuso é fundamental o apoio por parte da administração e superiores hierárquicos na implementação de políticas e procedimentos (Meads, *et al.*, 2010).

### 3 – CONCLUSÕES

Sistematizou-se o caminho trilhado na consecução dos objetivos definidos para o ciclo de estudos, analisando de forma crítica e teoricamente fundamentada, através da PBE, as atividades que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes ao conteúdo funcional do Enf.º especialista e definidas para a intervenção enquanto Mestre em ESCJ. As aprendizagens na construção da competência profissional enquanto cuidadora de crianças e famílias proporcionaram também o crescimento e satisfação de necessidades enquanto pessoa, até porque, e parafraseando a teórica Wanda Horta, *enfermeiro é gente que cuida de gente*.

A mestranda ressalta o apoio, disponibilidade e a orientação da Sr.ª Prof.ª Regina Ferreira durante todo o percurso desenvolvido, assim como do Sr. Prof. Joaquim Duarte, na fase de elaboração do presente relatório.

Enquanto Enf.ª/mestranda integrada numa equipa multidisciplinar, o foco de atenção foi a promoção da autonomia da criança/jovem, enquanto ser holístico, com capacidades intrínsecas, rumo à independência na maximização da sua saúde; a família foi entendida como contexto/mesossistema, que influencia e é influenciado pelo crescimento e desenvolvimento da criança, promovendo-se a sua participação ativa nos cuidados, permeada por um processo de negociação e validação. Focalizou-se a intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente em que se inserem, considerando as forças e capacidades intrínsecas, os fatores protetores e também os *stressors* associados às suas vivências, num equilíbrio que conduzisse à maximização do potencial próprio.

O ensino clínico e a oportunidade de mobilização da PBE contribuíram para desenvolver a identidade da mestranda enquanto futura enfermeira especialista de Saúde Infantil e Pediatria, pela aquisição de competências específicas no cuidar da criança e família. O planeamento dos cuidados de enfermagem, tendo por base as evidências científicas, conduz a uma atualização permanente e consolidação das competências técnicas, científicas e relacionais.

A área específica da intervenção perante a criança em risco/vítima de maus-tratos, enquanto problemática de investimento pessoal e área do conhecimento especializado em enfermagem relevante para a qualidade dos cuidados, foi fundamentada através da RSL, confrontando os resultados com a prática dos cuidados. Neste percurso a reflexão e análise crítica sobre a prática de enfermagem perante uma

situação de maus-tratos, permitiram ultrapassar a limitação da inexistência de situações reais.

Ressalta-se, enquanto limitação, a inexistência de evidências científicas portuguesas, e evidencia-se que o sistema legal de proteção da infância e consequente intervenção do Enf.º nas situações de risco/maus-tratos são específicos, nomeadamente ao nível da constituição e intervenção dos NHACJR.

Conclui-se que o foco de intervenção do Enf.º devem ser as circunstâncias económicas e sociais em que o risco/perigo é provável, atuando ao nível da prevenção primária através de políticas favoráveis à família; é necessário um investimento rigoroso e sistemático na avaliação do risco e das necessidades das crianças/famílias, com consequente treino de capacidades, supervisão e apoio, no sentido da satisfação das mesmas (Baldwin e Spencer, 2009).

Integrado numa equipa multidisciplinar, o Enf.º pode ajudar na proteção adequada da criança e na otimização dos resultados (Stavrianopoulos e Gourve, 2012); cuidar e garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros, estando os mecanismos de proteção definidos legalmente (Francis *et al.*, 2012); todavia, estudos demonstram que ainda existem profissionais que desconhecem o enquadramento legal de proteção à criança. A notificação obrigatória é uma responsabilidade profissional e deve ser incluída na formação dos profissionais (Francis *et al.*, 2012). Pabiš *et al.* (2011), sugerem que os enfermeiros necessitam de treino teórico e prático na identificação de crianças maltratadas, como ajudá-las de forma profissional e como trabalhar em equipa multidisciplinar na gestão deste problema.

Os resultados dos estudos analisados vão ao encontro da prática de enfermagem que se tentou desenvolver no percurso de construção da competência, com um investimento ao nível da prevenção primária e secundária, trabalhando em parceria com os pais/cuidadores na promoção da parentalidade e na capacitação para a autonomia na satisfação das necessidades da criança/jovem. Facilitou-se a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família com focalização nos cuidados antecipatórios. Sensibilizou-se pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. A elaboração de guias orientadores de boa prática e a normalização de protocolos/ficha de sinalização contribuem para a organização do processo de intervenção perante a criança em risco.

Os processos de tomada de decisão e as intervenções assentes em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, em conjunto com a visão holística, flexível, e integrativa, que perspetiva a criança e família enquanto sistemas únicos, com potencialidades intrínsecas, e com capacidade para mudar e crescer, dando resposta às necessidades de aprenderem a ser pais e filhos, conduziram ao desenvolvimento das

competências propostas, mas também à reflexão e ao questionamento acerca das limitações ainda existentes em efetivar uma intervenção que se encontra legalmente normalizada e protocolada. As condicionantes situam-se na maioria das vezes fora da esfera de ação do Enf.º; “(...) Está nas nossas mãos, e cada um pode fazer qualquer coisa. Mas nas nossas mãos sozinhas, a areia fina escoá-se. Por isso, preciso de ti” (Strecht, 1999:270).

Por tudo o que foi analisado anteriormente, a mestranda considera atingidos os objetivos propostos para o presente relatório, salientando-se a importância do mesmo enquanto mais-valia para a intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e para a melhoria da qualidade dos cuidados. É imprescindível prevenir as situações de maus-tratos em crianças e jovens. Os ganhos obtidos traduzem-se em conhecimentos e competências que serão mobilizados diariamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, mas também na oportunidade de partilha e divulgação de evidências científicas e de desenvolvimento de formação de pares nesta área específica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alarcão, I. (2001, Maio). Formação reflexiva. *Revista Referência*, Nº6, pp. 53-59 (ISSN 0874-0283)

Almeida, A.C.E.P. (2003). *Abuso sexual de crianças: crenças sociais e discursos da psicologia*. Mestrado em Psicologia da Justiça, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3197>

Ariés, P. (1988). *A criança e a vida familiar no antigo regime*. Lisboa: Relógio D'Água.

Andrade, C.I.D.C.S. (2008). *Os maus-tratos na infância e os programas de Competências Parentais – estudo na região autónoma da madeira*. Dissertação de Mestrado em trabalho Social, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1075>

Amaral, N.M.F. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf>

Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., Marques, G. e Filipe, D. (2003). *Os Instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Disponível em <http://www.chmt.min-saude.pt/NR/ronlyres/792092AE-29A6-4548-B205E7217E04CBA6/620/Publica%C3%A7%C3%A3oOnlineIBEInstrumentosBasicosdeEnfermagem.pdf>

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência (2009). *Emergency Nursing Pediatric Course: Textos de apoio* (tradução adaptada do site oficial da ©ENA).

Azevedo, C. (1996). Integração de enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*, 38, pp. 20-30.

Azevedo, M. e Maia, A. (2006). *Maus-tratos à criança*. Climepsi Editores (pp.162, ISBN: 9789727962204).

Banco Interamericano do desenvolvimento (2000) Morrison & Biehl. *A família ameaçada: violência doméstica nas américas*. Brasil: Ed. FGV. ISBN 85-225-0301- X.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. (pp.262, ISBN 9895580525 878989 5580521).

Bottoms, S. e Quas, J. (2006). Recent Advances and new challenges in Child maltreatment research, practice and policy: previewing the issues. *Journal of Social Issues*, 64 (2), pp. 653-662.

Braga, N. e Morsh, D. (2004). Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In Moreira, M., Lopes, J. e Caralho, M. *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. (pp. 543-563). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em <http://books.scielo.org>

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).

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press

Bronfenbrenner, U. e Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In Damon, W. e Lenner, R. Handbook of Child Psychology. Vol I: *Theoretical Models of Human Development* (pp.993-1028). New York: Wiley

Bucchi, S. e Mira, V. (2010). Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, pp. 1003-1010.

Canário, R. (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora (pp. 208, ISBN 978-972-0-01115-2).

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.

Castilho, C. (2013). *Uma das formas de as crianças sofrerem com a crise*. Acedido em 28 de Maio de 2014 em <http://aviagemdosargonautas.net/2013/01/17/uma-das-formas-de-as-criancas-sofrerem-com-a-crise-por-clara-castilho>

Chaves, A. (2000). Os significados das crianças indígenas brasileiras (séc. XVI e XVII). *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum*, 10 (1), pp. 11-30.

Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco [CNPCJR] (2014). Relatório anual de avaliação de atividade das CPCJ no ano 2013. Lisboa: CNPCJR. Acedido em 28 de Maio de 2014 em <http://www.cnpcjr.pt/>

Conselharia de Proteção Social - Direção Geral da Família, da criança e das adoções (2004). *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*. 1ª ed. revista. Valencia: Generalitat Valenciana. (ISBN 84-482-4361-7)

Conselho Consultivo de ONG's de Acompanhamento do Estudo sobre a Violência contra as Crianças das Nações Unidas (2011). *Five years on: a global update on violence against children*. ONU: NGO Advisory Council for Follow-up to the UN Study on Violence against Children. Acedido em 15 de março de 2013 em [http://crin.org/docs/Five\\_Years\\_On.pdf](http://crin.org/docs/Five_Years_On.pdf)

Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010). *Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual*. Parecer número 267/2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cordeiro, M. (2003). Maus tratos a crianças e adolescentes: chegou o momento de dizer «basta!». *Rev Port Clín Geral*, 19, pp.151-160.

Costa, J. e Lima, R. (2005). Luto da Equipe: Revelações dos Profissionais de Enfermagem sobre o Cuidado à Criança/Adolescente no Processo de Morte e Morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2 (13), pp. 151-157.

Couceiro, M. (1998). Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. *Revista de Educação*, 2, pp. 53-60.

Decreto-Lei nº 48/95. *Diário da república nº63/15 de Março de 1995 – I série – A*. Ministério da Justiça. Portugal (Código Penal).

Decreto-Lei nº161/96. *Diário da República nº205/96 de 04 de Setembro de 1996 – I série – A*. Ministério da Saúde. Portugal (Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro [REPE]).

Delgado, L. e Fisberg, M. (1990). SIBE: Síndrome do bebé espancado. *Pediatria Moderna*, 3 (25), pp. 111-116.

Despacho nº 31292/2008. *Diário da República nº236/05 de Dezembro de 2008 – II série*. Ministério da Saúde. Portugal (Ação de Saúde para Crianças e Jovens).

Direção-Geral da Saúde (2007). *Crianças e jovens em risco – Projeto de intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2013 em <http://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde. Documento técnico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2013 em <http://www.dgs.pt/>

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 10 de Março de 2013 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 10 de Março de 2013 <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 10 de Janeiro de 2014 em <http://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da saúde (2013). *Norma nº10: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Portugal: Direção-Geral da saúde. Acedido em Acedido em 22 de Junho de 2013 em <http://www.dgs.pt/>

Eckenrode, J. (2011). Prevenção de abusos e negligência na primeira infância. In: Tremblay, R., Boivin, M., Peters, R., eds. *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (2011). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. (pp.1-17). Acedido em 10 de Março de 2013 em <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/EckenrodePRTxp1.pdf>

Eisbach, S. e Driessnack, M. (2010, Oct). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 4 (15), pp. 317-323. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20880280&lang=pt-br&site=ehost-live>

Farrell, M. (1994, Março). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*, pp.27-28.

Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J. e Grant, J. (2012, Apr). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse*, 1 (41), pp. 58-69. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22724907&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gallardo, J. (1993). *Impacto dei maltrato físico sobre el ámbito socioafectivo en ninos de status bajo y edad escolar*. Málaga: Universidade de Malaga, Departamento de Psicologia e de la Educacion.

Gomes-Pedro, J. (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (ISBN 972-31-0827-5).

Grilo, M.H.P.C. (2004). *Criança vítima de maus-tratos – que proteção? Um longo caminho até ao reconhecimento do direito aos direitos*. Tese de Mestrado em Psicologia legal, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1032>

Inspeção-Geral da Saúde (2006). *Atendimento e encaminhamento, nos estabelecimentos e serviços do sistema nacional de saúde, das crianças e jovens em risco*. Lisboa: IGS.

Instituto de Apoio à Criança (1990). *Guia dos direitos da criança* (2ª ed.). Lisboa: IAC.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2003). *Santé des enfants et des adolescentes: propositions pour la préserver*. Paris: les éditions INSERM.

Kapczinski, F., Natorf, M., Reolon, R., Pinheiro, E., Quaglia, M., Santos, B e Rosa, H. (1987, Abr). A criança espancada: Um alerta para o diagnóstico / Battered child: a warning for the diagnosis. *Revista HCPA*, 7 (1), pp. 7-10. Acedido em 13 de março de 2013, em [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n\\_extAction=lnk&exprSearch=40693&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n_extAction=lnk&exprSearch=40693&indexSearch=ID)

Kay, R. (2002). *Entre duas eternidades*. Lisboa: Círculo de Leitores (ISBN972-42-2698-0).

Kempe, C., Silverman, F., Steele, B., Droegemuller, W. e Silver, H. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, pp. 17-24. Acedido em 15 de Março de 2013 em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kempe.org%2Fdownload%2Fthe\\_Battered\\_Child\\_Syndrome\\_sm.pdf&ei=4nJZU\\_asOqmr0QXWhICwCg&usq=AFQjCNECsFlhTTn7r9uSMKCVGQ4vQiniJw](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kempe.org%2Fdownload%2Fthe_Battered_Child_Syndrome_sm.pdf&ei=4nJZU_asOqmr0QXWhICwCg&usq=AFQjCNECsFlhTTn7r9uSMKCVGQ4vQiniJw)

Lei Constitucional nº1/2001. *Constituição da Republica Portuguesa* (2005). 7ª revisão (art.º 64º, Saúde, e 69º, Infância) Portugal.

Lei nº 48/90. *Diário da República nº195/24 de Agosto de 1990 – I série, base II – alínea c*). Ministério da Saúde. Portugal (Lei de Bases da Saúde).

Lei nº 147/99. *Diário da República nº204/1 de Setembro de 1999 - I série – A*. Assembleia da República (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo).

Lima, L. (2006). *Os Maus Tratos Infantis*. Lisboa: Centro de estudos multiculturais. Acedido em 20 de Abril de 2013 em [http://www.multiculturas.com/textos/maustratos\\_infantis\\_Licinia-Lima.pdf](http://www.multiculturas.com/textos/maustratos_infantis_Licinia-Lima.pdf)

Louwers, E., Korfage, I., Affourtit, M., Koning, H. e Moll, H. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12 (167), pp. 1-6. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23092228&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lutty, C. (2011). A prevenção da violência contra crianças e adolescentes. In: Waksman, R. e Hirschheimer, M. (2011). *Manual de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. (pp.101-111). Brasília/DF: Editora Ideal Ltda. (Conselho Federal de Medicina - Sociedade de Pediatria de S. Paulo. ISBN 178-85-87077-18-9). Disponível em <http://www.spsp.org.br/downloads/ATENDIMENTODOLESCENTES.pdf>

Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5, pp. 53-57 © International Association of Forensic Nurses. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 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 (pp. 142, ISBN: 9789895580743).

Mano, M. (2002, Maio). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. Referência – *Revista de Enfermagem*, 8, pp. 53-61. Acedido em 15 de Março de 2013 em [http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id\\_artigo=57&pesquisa](http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=57&pesquisa)

Martins, C. (2008, Maio). Maus-tratos infantis: Prevenção, diagnóstico e Intervenção. *Sinais Vitais*, N°78, pp. 23-26.

Meads, E., Fair, N., Newltn, M. e Davis, C. (2010, Mar). Reducing Rates of Child Abuse. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 2 (17), p. 30. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21534431&lang=pt-br&site=ehost-live>

Mikami, C. e Escobar, E. (2001). Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: a atuação do enfermeiro. *Rev Enferm UNISA*, 2, pp. 112-116. Acedido em 10 de Março de 2013 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000400023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400023&lng=en)  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400023>

Minayo, M. e Souza, E. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciências e Saúde Coletiva*, 1 (4), pp. 7-32. (ISSN 1413-8123). Acedido em 20 de Março de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n-extAction=lnk&exprSearch=240590&indexSearch=ID>

Moreira, I. (1996). *Parceria nos cuidados: um modelo de Enfermagem Pediátrica*.

Moreira, M. e Bonfim, O. (2004). Manuseio da dor no recém-nascido. In Moreira, M., Lopes, J. e Caralho, M. *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. (pp. 589-506). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em <http://books.scielo.org>

Morrison e Biehl (2000). *A família ameaçada – violência doméstica nas américas*. Banco Interamericano do desenvolvimento. Brasil: Ed. FGV (ISBN 85-225-0301-X).

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (pp. 456, ISBN 9729964602).

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.

Organização das Nações Unidas [ONU] (2006). *World report on violence against children*. Geneva: United Nations. Acedido em 15 de Março de 2013 em <http://www.unicef.org/violencestudy/Cover%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2002a). *Saúde para todos no século XXI. Uma introdução*. Loures: Lusociência.

Organização Mundial de Saúde (2002b). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization (pp.364).

Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)

Orientação N°008/2011. Direção-Geral da Saúde, 28 de Março de 2011. *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*. Portugal.

Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B. e Cuber, T. (2011). Paediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 2 (67), pp. 384-393.

Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20946570&lang=pt-br&site=ehost-live>

Paranhos, C. (2001, Fev). Superpolémica: Palmada fora da lei. *Revista Superinteressante*. Acedido em 25 de Março de 2013 em <http://super.abril.com.br/cotidiano/palmada-fora-da-lei-441964.shtml>

Pedro, S., Ferreira, P. e Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos – Tourism & Management Studies*, 6, pp. 175-189.

Pelzer, D. (2001). *O rapaz perdido: em busca do amor de uma família*. Porto: Âmbar, as Mãos e os Frutos – Testemunhos (pp. 197, ISBN 972-43-0471-X).

Perdigão, A. e Pinto, A. (2009). *Guia dos direitos da criança*. 3ª ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Pfeiffer, L. e Hirschheimer, M. (2011). Negligência ou Omissão do Cuidar. In: Waksman, R. e Hirschheimer, M. (2011). *Manual de Atendimento às crianças e adolescentes*

*vítimas de violência*. (pp.39-56). Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina - Sociedade de Pediatria de S. Paulo (ISBN 178-85-87077-18-9).

Pinto, S. e Silva, E. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 9 (III), pp.95-103.

Postman, N. (1999). *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphi (ISBN 85-85277-30-0).

Raimundo, E. (2014). *Relatório anual de atividades e avaliação CPCJ Santarém – 2013*. Santarém: CPCJ. Acedido em 28 de Maio de 2014 em <http://www.cpcjsantarem.pt>

Ramos, D., Amaral, F., Spínola, F., Lobo, G., Silva, H., Costa, I., Silva, J., Chaves, I., Júnior, T. e Miranda, V. (2007). A violência contra a criança e o adolescente: uma abordagem histórica e clínica. *Gaz. Méd. Bahia*, 77 (supl nº1), pp.98-102.

Rede Europeia Anti-Pobreza [EAPN] (2014). Indicadores sobre a pobreza: dados europeus e nacionais. Porto: EAPN. Acedido em 28 de Maio de 2014 em [http://www.eapn.pt/documentos\\_visualizar.php?ID=322](http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=322)

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).

Resolução da Assembleia da República nº20/90. *Diário da República nº211 de 12 de Setembro de 1990 – I série*. Assembleia da República. Portugal (Convenção dos Direitos da Criança).

Santos, J. (1983). *Ensaios sobre educação - II. O falar das letras*. Lisboa: Livros Horizonte.

Santos, J. (2002). *Encontrei o Príncipezinho: carta a Saint-Exupéry*. (ISBN 972-780-051-3). 4ª ed., Lisboa: Âncora Editora.

Serrano, M.T. (2008). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Tese de doutoramento em Didática, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.15/91>

Stavrianopoulos, T. e Gourve, O. (2012, Oct-Dec). The role of the nurse in child sexual abuse in USA. *Health Science Journal*, 4 (6), pp. 647-653. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011796945&lang=pt-br&site=ehost-live>

Strecht, P. (1999). *Preciso de Ti – Perturbações Psicossociais em Crianças e Jovens*. Lisboa: Assírio & Alvim (ISBN 972-37-0530-3).

Taylor, J., Baldwin, N. e Spencer, N. (2009). Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges - Response to Harbison j (2009) Commentary on Taylor j, Baldwin N & Spencer N. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 2922-2923. Acedido em 27 de Dezembro de 2013 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nhh&AN=44076545&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tomás, C. e 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; Maia, Novembro, 2011. Acedido em 15 de Março de 2013 em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15070/1/Direitos%20da%20crian%C3%A7a%20em%20Portugal\\_os%20desassossegos%20dos%20direitos%20da%20crian%C3%A7a%20ao%20longo%20de%20uma%20d%C3%A9cada.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15070/1/Direitos%20da%20crian%C3%A7a%20em%20Portugal_os%20desassossegos%20dos%20direitos%20da%20crian%C3%A7a%20ao%20longo%20de%20uma%20d%C3%A9cada.pdf)

UNESCO (2010). *Plano nacional pela primeira infância* (versão resumida). Brasília. Acedido em 10 de Abril de 2014 em <http://entrandonarede.varzeapaulista.sp.gov.br/wp-content/uploads/2008/05/Plano-Primeira-Infancia.pdf>

## APÊNDICES

**APÊNDICE I – Sessões de formação “Criança em Risco”**

# A CRIANÇA EM RISCO



INTERVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO

DETEÇÃO PRECOCE / SINAIS DE ALERTA

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM  
Unidade Curricular Estágio II e relatório

A CRIANÇA EM RISCO  
Intervenção e Encaminhamento  
Deteção Precoce / Sinais de Alerta  
Sessões de Formação Aos Profissionais

Mestranda: Joana Gonçalves  
Aluno nº 110435007

Orientadora: Prof.ª Regina Ferreira  
Cooperantes:  
Enf.ª Ana Guincho  
Enf.ª Ana Cláudia Tavares

Caldas da Rainha, Julho/Setembro, 2013

## PENSAMENTO

“Está nas nossas mãos, e cada um pode fazer qualquer coisa. Mas, nas nossas mãos sozinhas, a areia fina escoá-se. Por isso, preciso de ti”

(Strecht, 1999)

## DEDICATÓRIA

A todas as crianças que protegemos.

## AGRADECIMENTOS

A todos os que contribuíram para alcançar a meta. Bem hajam.

## LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

Nº/nº - número

p./pp. – página/páginas

Enf.º/Enf.<sup>a</sup> – Enfermeiro/enfermeira

Prof.<sup>a</sup> – Professora

DGS – Direção-Geral da Saúde

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

NHACJR – Núcleo Hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco

CPCJ – Comissão de proteção de crianças e jovens

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

## ÍNDICE

	p.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1 – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>10</b>
<b>2 – O PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 – FATORES FACILITADORES E LIMITAÇÕES.....</b>	<b>16</b>
<b>4 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>19</b>
Anexo I – Planos das Sessões de Formação.....	20
Anexo II – Cartaz de divulgação das sessões.....	25
Anexo III – Questionários de avaliação.....	27

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

p.

<b>Gráfico nº1:</b> Distribuição dos presentes nas sessões de formação por categoria Profissional .....	13
<b>Gráfico nº2:</b> Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 1ª sessão de formação.....	14
<b>Gráfico nº3:</b> Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 2ª sessão de formação.....	14
<b>Gráfico nº4:</b> Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 3ª sessão de formação.....	15

## INTRODUÇÃO

As presentes Sessões de formação para a equipa multidisciplinar, subordinadas ao tema “A Criança em Risco”, surgem no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, realizadas durante o estágio II, componente de Internamento de Pediatria Médico/Cirúrgica e Urgência Pediátrica, desenvolvidas no Centro Hospitalar do Oeste, Hospital de Caldas da Rainha.

O risco é habitualmente conceptualizado em termos de uma fonte de *stress* capaz de afetar de modo significativo os padrões de interação familiar dos quais depende o desenvolvimento adequado da criança.

É fácil perceber que neste tipo de definição é dado maior peso à criança do que aos pais. Quem está em risco ou perigo é a criança. E quem deve ser protegida, é a criança.

Apesar dos progressos alcançados nas últimas décadas nos domínios da Educação, da Saúde, da Proteção Social e Jurídica de crianças, persistem na nossa sociedade, frequentes e preocupantes violações dos mais elementares direitos das crianças.

Quando se fala em crianças em risco, pensa-se nas situações de violência, de abandono, de negligência, de exploração, de abuso e de maus-tratos, de que são alvo, em contexto familiar ou não.

## **1 – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, veio estruturar e operacionalizar a intervenção neste domínio, assim como promover as boas práticas face a este problema de saúde.

O Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Maus Tratos em crianças e Jovens – DGS, 2011, elaborado a partir das Orientações Técnicas aprovadas pelo citado Diploma, visa constituir um instrumento de trabalho útil para todos os profissionais e equipas que, nos diferentes níveis da prestação de cuidados, trabalham na promoção da saúde das crianças e dos jovens.

A base da intervenção em equipa multidisciplinar na área da criança em risco são as orientações técnicas contidas nos referidos documentos, emanados pela DGS, pelo que a fundamentação teórica das Sessões de Formação elaboradas pela mestranda se baseia na informação contida nos mesmos.

## 2 - O PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO

### *A Criança em Risco*

#### *Sessão de Formação*



Oesje

*Serviço de Pediatria - 04, 11 de Julho;*

*30 Setembro- 14h*

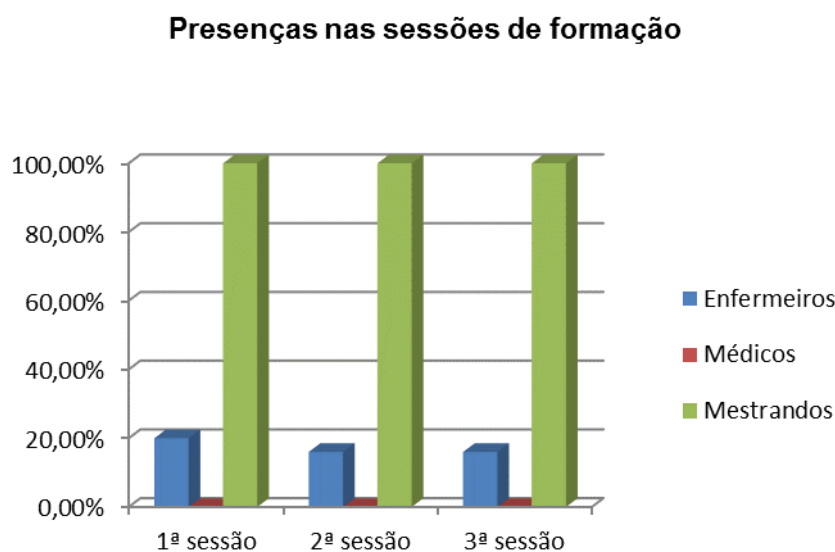
*Formadora: Joana Gonçalves - mestranda do 1º CMESCJ - E. S. S. Santarém*

- Reunião informal com a Enf.<sup>a</sup> chefe do Serviço de Pediatria, no sentido de perceber as necessidades de formação da equipa de enfermagem, no âmbito da intervenção em situações de crianças em risco, assim como a pertinência da formação em serviço;
- Agendamento das sessões de formação de acordo com a disponibilidade do serviço, tentando de alguma forma abranger toda a equipa e tendo por base a transversalidade da formação aos dois períodos de estágio
  - ✓ Apresentação das sessões por temas, prevenindo a exaustão por excesso de informação
  - ✓ Duas sessões subordinadas ao tema “Intervenção e Encaminhamento”, a desenvolver no estágio de Internamento de Pediatria
  - ✓ Uma sessão subordinada ao tema “Deteção Precoce / Sinais de Alerta”, a desenvolver no estágio de Urgência Pediátrica
- Pesquisa bibliográfica / evidências, subordinada ao tema “A Criança em Risco”;

- Reunião com as Enfermeiras Cooperantes para validação da pertinência do tema, objetivos e conteúdos;
- Elaboração dos Planos das Sessões de Formação (Anexo I);
- Validação dos Planos de formação com Prof.<sup>a</sup> Orientadora e Enfermeiras cooperantes;
- Elaboração e validação dos conteúdos das sessões;
- Organização de duas pastas de arquivo com toda a documentação de suporte à intervenção de enfermagem perante situações de Crianças em Risco, para os Serviços de Internamento e de Urgência: Manual – “Intervenção de Enfermagem perante a Criança em Risco”
  - ✓ Algoritmos da DGS
  - ✓ Protocolo “Atuação em caso de suspeita de mau trato a crianças e jovens”
  - ✓ Protocolo “Atuação em caso de suspeita de abuso sexual de menores”
  - ✓ Ficha de sinalização
  - ✓ Contactos telefónicos de referência
  - ✓ Diapositivos das sessões de formação, em suporte de papel e informático
- Divulgação das Sessões a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria do Hospital de Caldas da Rainha
  - ✓ Cartaz colocado no placard de informações (Anexo II)
- Realização das Sessões de Formação na Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha, dias 4 e 11 de Julho e dia 30 de Setembro de 2013. As sessões decorreram como planeado, embora com um índice de adesão/participação/partilha de experiências reduzido; os objetivos foram atingidos. Cada Sessão teve a duração prevista, uma hora; as enfermeiras cooperantes, assim como a Enf.<sup>a</sup> Chefe e colegas do mestrado a desenvolver estágio no mesmo contexto estiveram presentes nos três momentos. Nenhum elemento da equipa médica participou;
- As sessões foram apresentadas através de um método expositivo e ativo tendo como recursos didáticos o computador e projetor multimédia. Os diapositivos apresentados (CD2) foram elaborados no programa PowerPoint. Os assuntos abordados foram os seguintes: intervenção e encaminhamento de situações de risco, intervenção nos serviços de urgência, intervenção do NHACJR e CPCJ, protocolos de atuação e ficha de sinalização – 1º momento; conceito de risco e perigo, fatores de risco e proteção, tipos de maus-tratos, deteção precoce/sinais de alerta, casos reais, evidências e dados estatísticos;

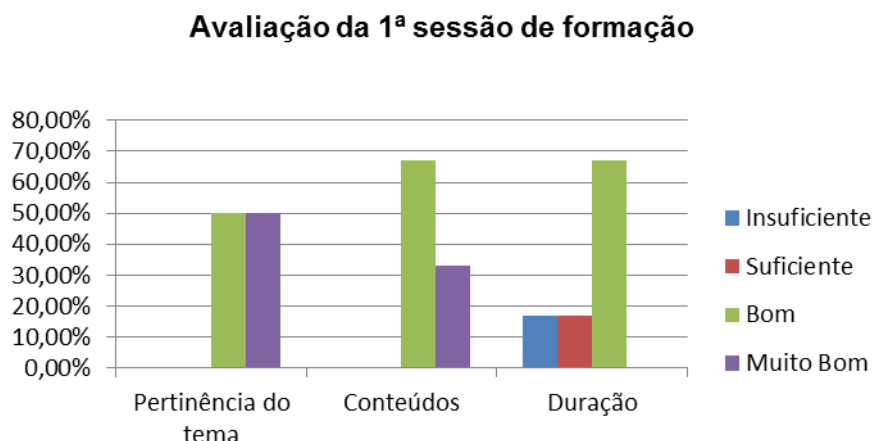
- Os profissionais de saúde foram naturalmente apresentando as suas dúvidas e colocaram diversas questões, principalmente ao nível da intervenção do NHACJR, uma vez que o mesmo não tem intervenção prática no contexto em questão. Também as situações práticas e imagens reais de situações de maus-tratos suscitaram a discussão entre os elementos presentes, criando-se um ambiente de reflexão sobre os cuidados de enfermagem, confrontando diferentes pontos de vista, adaptando o conhecimento teórico e científico às situações reais de modo a que as intervenções em saúde realizadas respondessem de uma forma adequada e individualizada às necessidades de cada criança/família;
- Para avaliar a pertinência e os conteúdos programáticos que foram abordados em cada sessão, foi aplicado um questionário de avaliação no final das mesmas (Anexo III). Na 1ª sessão, 85,71% dos formandos classificaram a pertinência do tema em muito bom e 14,28% em bom; quanto aos conteúdos abordados, 78,57% avaliaram-nos na escala do muito bom e 28,57% no bom. Relativamente à 2ª sessão, 77,78% dos formandos classificaram a pertinência do tema e os conteúdos abordados em muito bom e 22,22% em bom; Como sugestões foi proposta a abordagem de um maior número de casos práticos.

**Gráfico nº1:** Distribuição dos presentes nas sessões de formação por categoria profissional



A análise do gráfico permite concluir que nenhum profissional de medicina frequentou as sessões de formação em nenhum momento; a mestranda a desenvolver estágio no mesmo contexto esteve presente em todos os momentos de formação. Da totalidade dos 25 enfermeiros que constituem a equipa do serviço de pediatria, a presença nas sessões foi sempre inferior a ¼ da equipa.

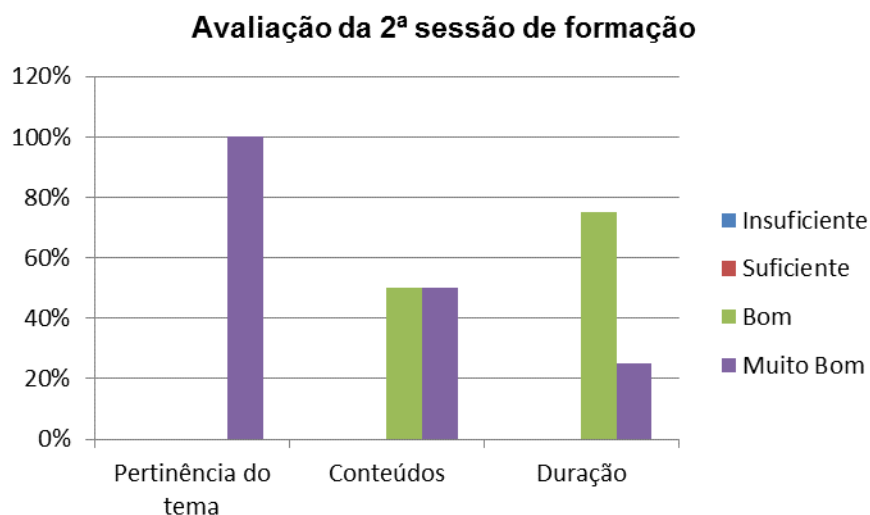
**Gráfico nº2:** Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 1ª sessão de formação



A totalidade dos presentes respondeu ao questionário e não apresentou sugestões escritas.

A leitura e análise do gráfico permitem concluir que o tema é considerado pertinente pelos presentes, sendo que 67% avaliaram os conteúdos apresentados e a duração da sessão ao nível do “Bom”.

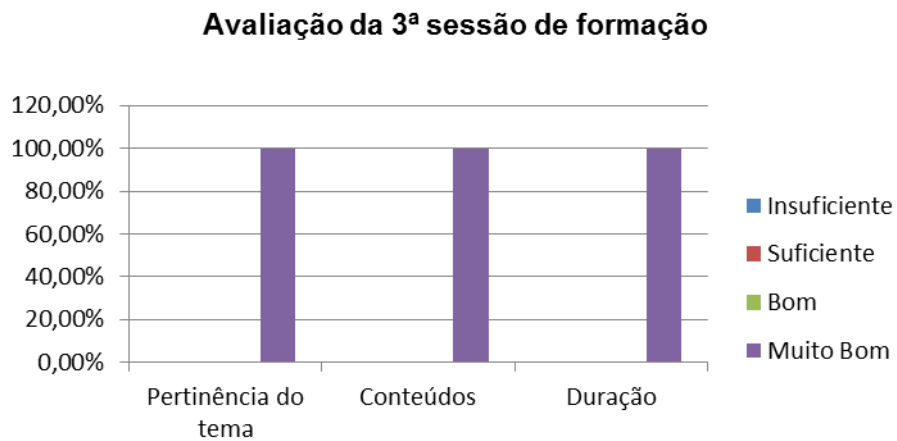
**Gráfico nº3:** Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 2ª sessão de formação



O universo de questionários foi de 4, uma vez que a mestranda em estágio apenas respondeu ao questionário na 1ª sessão. Dos restantes presentes, todos responderam ao questionário e não apresentaram sugestões escritas.

A leitura e análise do gráfico permitem concluir que o tema é considerado muito pertinente pelos presentes, sendo que 100% avaliaram os conteúdos apresentados no nível superior ou igual ao “Bom”; quanto à duração da sessão 75% dos enfermeiros consideram-na ao nível do “Bom”.

**Gráfico nº4:** Distribuição das respostas ao questionário de avaliação da 3ª sessão de formação



A totalidade dos presentes na sessão respondeu ao questionário de avaliação, não apresentando sugestões escritas.

Os três itens avaliados no questionário obtiveram 100% de classificação no nível “Muito Bom”.

### 3 - FATORES FACILITADORES E LIMITAÇÕES

A sessão de formação relativa à área da “Criança em Risco” apresentou-se desde o início como uma mais-valia para a equipa de enfermagem, o que consubstanciou ainda mais o interesse e investimento neste âmbito, enquanto atividade conducente aos objetivos propostos em projeto de estágio rumo à aquisição das competências definidas para o CMESCJ.

A nível multidisciplinar foi manifesto o interesse em esclarecimentos relativos ao NHACJR, embora apenas tenham participado nos momentos de formação elementos da equipa de enfermagem. A reflexão e a partilha de experiências foram muito positivas. Os protocolos de atuação elaborados pela mestrandia assim como a ficha de sinalização e os cartazes colocados nos postos de triagem foram considerados pela equipa como facilitadores para a intervenção multidisciplinar.

Por outro lado, constatou-se uma reduzida adesão nos momentos de formação e ainda a ausência total de médicos, mesmo depois de verbalizarem que era importante enquanto momento para discussão de casos práticos. A dificuldade em conjugar horários, com extensa carga horária, provavelmente justifica a não adesão às sessões de formação, mesmo quando o tema suscita interesse e contribui para adquirir competências.

Como sugestões tendentes à melhoria contínua da qualidade de cuidados à criança em risco/vítima de maus-tratos, refletiu-se sobre:

- A importância de serem realizados regularmente momentos de partilha em equipa multidisciplinar, não só para abordagem teórica, como para partilha de situações vivenciadas na prática clínica;
- Constituição de um grupo dinamizador da área da criança em risco, com o objetivo de demonstrar a importância da intervenção na área, estendendo a formação aos Serviços de Urgência Geral das outras unidades do CHO;
- Análise estatística de casos, respetiva intervenção e encaminhamento, reportada em relatório ao Conselho de Administração, na tentativa de comprovar a necessidade da dinamização do NHACJR.

#### **4 – CONCLUSÃO**

O reforço da noção de cidadania e do poder da sociedade civil ativa e participante são determinantes para reivindicar justiça e segurança. Isso passa também pelo compromisso profissional de olhar e ver, superando o axioma do profissional insípido, incolor e inodoro, que “não se envolve”, para se alcançar numa prática responsável e ética que, efetivamente, se caracterize como intervenção preventiva.

Cabe aos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, atuar com rigor e motivação, e, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas.

Os enfermeiros detêm o conhecimento necessário e as competências para a intervenção especializada; contudo, a reflexão está muitas vezes ausente. Os momentos de formação em equipa são umas das chaves para a mudança de atitude e de paradigma. As situações de crianças em risco são ainda uma área de difícil abordagem; no entanto, as sessões desenvolvidas acabaram por ser dinâmicas e participativas, em especial o 3º momento, mais prático, direcionado para a intervenção ao nível do Serviço de Urgência, e onde se conseguiram partilhar saberes e experiências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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 10 de Janeiro de 2014 em <http://www.dgs.pt/>.
- Despacho nº 31292/2008. *Diário da República nº236/05 de Dezembro de 2008 – II série*. Ministério da Saúde. Portugal (Ação de Saúde para Crianças e Jovens)
- Lei nº 147/99. *Diário da República nº204/1 de Setembro de 1999 - I série – A*. Assembleia da República (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo)
- Lei nº 48/90. *Diário da República nº195/24 de Agosto de 1990 – I série, base II – alínea c)*. Ministério da Saúde. Portugal (Lei de Bases da Saúde)
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde. Documento técnico*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2013 em <http://www.dgs.pt/>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma nº10: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Portugal: Direção-Geral da saúde*. Acedido em Acedido em 22 de Junho de 2013 em <http://www.dgs.pt/>.
- 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 10 de Março de 2013 em <http://www.dgs.pt/>
- Cordeiro, M. (2003). Maus tratos a crianças e adolescentes: chegou o momento de dizer «basta!». *Rev Port Clín Geral*, 19, pp.151-160
- Strecht, P. (1999). *Preciso de Ti – Perturbações Psicossociais em Crianças e Jovens*. Lisboa: Assírio & Alvim. ISBN 972-37-0530-3.

ANEXOS

## ANEXO I – Planos das Sessões de Formação

## **PLANO DA FORMAÇÃO – Criança em Risco**

**Tema:** Criança em Risco – Intervenção e Encaminhamento

**Formadora:** Joana Gonçalves – mestranda do 1º CMESCJ – E.S.S. Santarém

**População Alvo:** Enfermeiros e Médicos do Serviço de Pediatria do CHO

**Data:** 04 e 11 de Julho de 2013 **Horário:** 14h – 14h40m

**Duração:** 40 minutos / dia

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria do CHO

**Objetivo:**

- Perceber a forma de intervenção e encaminhamento das situações de crianças em risco

**Indicador de Avaliação:** Percentagem de formandos que avaliem a sessão quanto à pertinência, conteúdo, metodologia e duração ao nível de Bom

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO	PRELETOR	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos intervenientes</li> <li>- Enquadramento do tema</li> <li>- Apresentação da estrutura do plano de formação: objetivos e métodos</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power-Point)	12 minutos	Mestranda	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos de criança em risco/perigo</li> <li>- Procedimentos e protocolos de intervenção e encaminhamento</li> <li>- Envolvimento dos NHACJR</li> <li>- Envolvimento da CPCJ</li> <li>- Intervenção nos Hospitais</li> <li>- Ficha de Sinalização</li> <li>- Protocolo de Atuação em caso de suspeita de mau trato a crianças e jovens</li> <li>- Protocolo de atuação em caso de suspeita de abuso sexual de menores</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power- Point)	25 minutos	Mestranda	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntese e avaliação</li> <li>Entrega de informação complementar</li> </ul>	Participativo	Questionário Projetor de vídeo (Power- Point)	3 minutos	Mestranda	

## PLANO DA FORMAÇÃO – Criança em Risco

**Tema:** Criança em Risco – Detecção Precoce / Sinais de Alerta

**Formadora:** Joana Gonçalves – mestranda do 1º CMESCJ – E.S.S. Santarém

**População Alvo:** Enfermeiros do Serviço de Pediatria do CHO

**Data:** 30 de Setembro de 2013 **Horário:** 14h

**Duração:** 50 minutos

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria do CHO

### **Objetivos:**

Que a equipa de enfermagem seja capaz de:

- Identificar alguns sinais de alerta / indicadores de negligência/maus tratos, perspetivando uma intervenção antecipatória, baseada na deteção precoce;
- Refletir sobre a problemática da identificação precoce da criança em risco, perspetivando uma intervenção sistémica de promoção do bem-estar

**Indicador de Avaliação:** Percentagem de formandos que avaliem a sessão quanto à pertinência, conteúdo, metodologia e duração ao nível de Bom

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO	PRELETOR	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos intervenientes</li> <li>- Enquadramento do tema</li> <li>- Apresentação da estrutura do plano de formação: objetivos e métodos</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power-Point)	5 minutos	Mestranda	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligência/Maus tratos em crianças/jovens – conceitos</li> <li>- Fatores de risco / de proteção</li> <li>- Detecção precoce/sinais de alerta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais e sintomas negligência/maus tratos</li> </ul> </li> <li>- Alguns casos reais</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power- Point)	30 minutos	Mestranda	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese/reflexão</li> <li>- Avaliação da sessão</li> </ul>	Participativo	Questionário Projetor de vídeo (Power- Point)	15 minutos	Mestranda	

ANEXO II – Cartaz de divulgação das sessões

# *A Criança em Risco*

*Sessão de Formação*



*Intervenção e  
Encaminhamento  
Deteção precoce  
Sinais de Alerta*



*Serviço de Pediatria - 04, 11 de Julho;*

*30 Setembro- 14h*

*Formadora: Joana Gonçalves - mestranda do 1º CMESCJ - E. S. S. Santarém*

## ANEXO III – Questionário de avaliação

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM  
UNIDADE CURRICULAR  
ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

**“A CRIANÇA EM RISCO – INTERVENÇÃO E ENCAMINHAMENTO / DETEÇÃO PRECOCE / SINAIS DE  
ALERTA”**

Instruções de preenchimento:

O questionário é confidencial e anónimo – não coloque o seu nome

Será utilizado apenas como indicador de avaliação da sessão de formação

Para cada item, coloque apenas uma **X** no nível que considere adequado

Obrigado pela sua colaboração.

A mestranda

Joana Gonçalves

Julho/Setembro de 2013

**Como Classifica:**

**1 – Pertinência do tema**

- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**2 – Conteúdos programáticos**

- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**3 – Duração:**

- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

**Sugestões:**

---

---

---

---

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM  
UNIDADE CURRICULAR  
ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**Criança em Risco – sessões de formação**



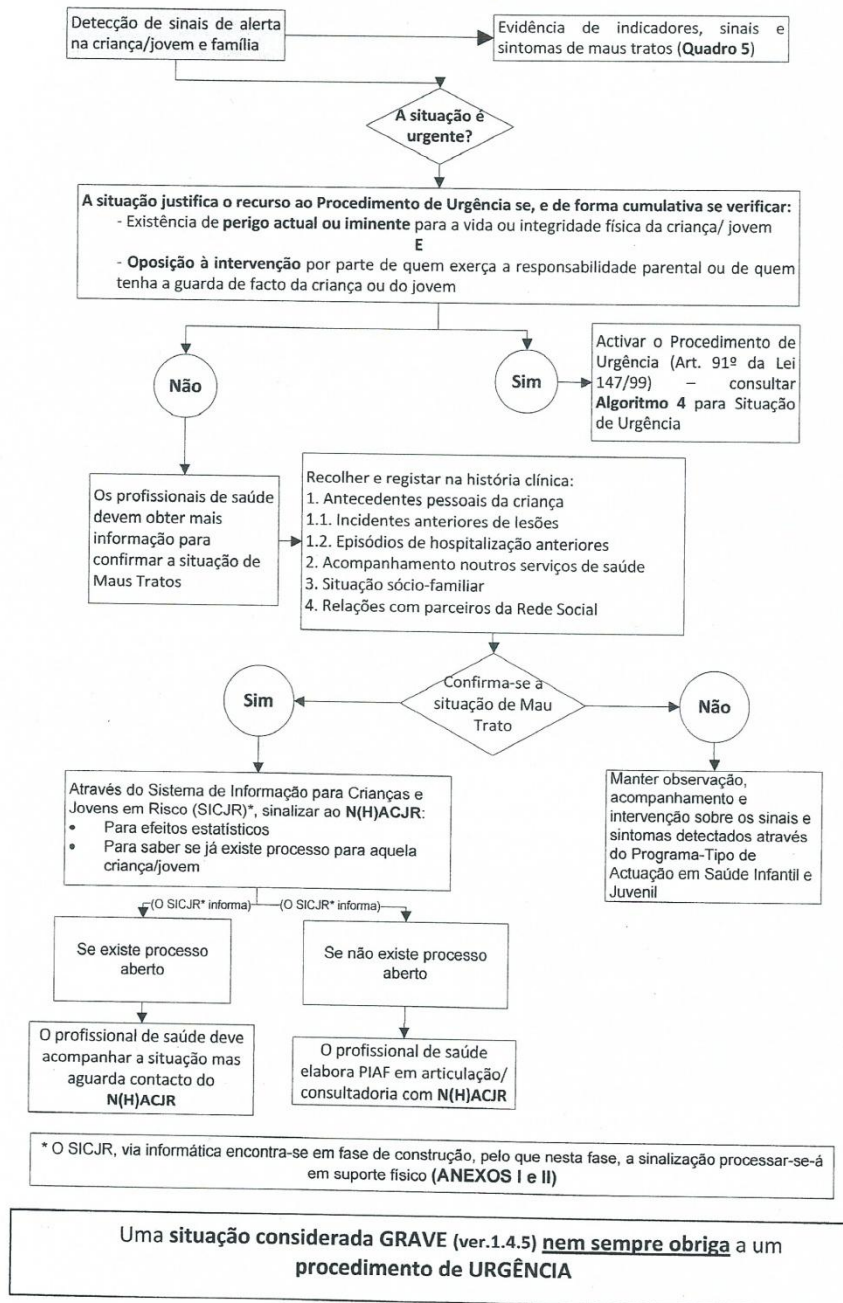
***FIM***

*Cuidar de crianças em risco: papel do Enf.º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*

## ANEXOS

## ANEXO I – Detecção de situações de maus-tratos

**Algoritmo : Detecção de situações de maus tratos em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar**



## ANEXO II – Procedimento de urgência

**Algoritmo : Procedimento de Urgência**

Situação de Urgência – implica a existência cumulativa de:

- Perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem
- Oposição à intervenção por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem

O Profissional de Saúde activa o **Procedimento de Urgência** (Art.º 91º da Lei 147/99)

1. Ponderar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança/jovem (ex: adulto idóneo que possa assegurar a sua protecção)
2. Elaborar Relatório escrito para o Magistrado do Ministério Público (MP) do Tribunal de Família e Menores (TFM) ou da Comarca, solicitando a intervenção judicial
3. Solicitar a colaboração policial para dar cumprimento à medida considerada a adequada para remover o perigo em que a criança/jovem se encontra, já proposta no relatório dirigido ao M;
4. Se a medida de protecção mais adequada for o Acolhimento Temporário, contactar a Linha Nacional de Emergência Social (N.º de Telef. 144)
5. Dar conhecimento à CPCJ caso exista processo activo a favor da criança/jovem em apreço
6. Sinalizar ao N(H)ACJR e enviar cópia do relatório

**Do Relatório deve constar:**

1. Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar
2. Descrição dos factos que originaram o recurso ao Procedimento de Urgência, se possível, de acordo com os exemplos de “Situação de Perigo” mencionados no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99
3. Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental ou de quem tem a guarda de facto da criança/jovem no sentido de aceitar a intervenção proposta e os factos que demonstrem oposição àquela
4. Fundamentação da tomada de medida que se entende ser a adequada para por termo à situação de perigo (seguindo a hierarquia do art.35.º da Lei 147/99) e descrição dos princípios orientadores da intervenção (art.4.º da mesma Lei)
5. Prestação de outros dados que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação

Neste Guia inclui-se um Relatório “modelo” no Anexo V

**NOTA 1:**

- Após o envio da informação ao Magistrado do MP, a medida tomada pelo profissional de saúde está legitimada por 48H
- No prazo de 48H o Tribunal deve pronunciar-se sobre a situação, dando informação de retorno:
  - ou confirma as medidas tomadas
  - ou determina o que tiver por conveniente para o destino da criança/jovem

**NOTA 2:**

O facto de ter sido pedida uma intervenção da CPCJ ou do Tribunal, não desvincula os Serviços de Saúde do SNS de manterem o acompanhamento continuado da vigilância de saúde da criança/jovem e família

**Artigo 91º Procedimentos urgentes na ausência do consentimento**

- 1 — Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais
- 2 — As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade
- 3 — Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado

### ANEXO III – Processo de pesquisa

**CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

			<b>CONCEITOS</b>	<b>PALAVRAS - CHAVE</b>
<b>P</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	Crianças e jovens em risco	Criança e jovem em risco	Nurs* Child abuse Risk Prevention Treatment
<b>I</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>	Papel do Enf.º Competências Estratégias	Papel do Enf.º Competências	
<b>(C)</b>	<b>COMPARAÇÃO</b>		-----	
<b>O</b>	<b>OUTCOMES</b>	Prevenção primária, secundária, terciária, Sinalização e Encaminhamento de situações de maus-tratos	Prevenção Sinalização Encaminhamento Maus-tratos	

“Cuidar de Crianças e jovens em risco (P): qual o papel do enfermeiro (I) na prevenção, sinalização e encaminhamento (O) de situações de maus-tratos?”

Maus-tratos – maltreatment – child abuse

Sinalização e encaminhamento – não são descritores; opção Treatment

***“Cuidar de Crianças e jovens em risco (P): qual o papel do enfermeiro (I) na prevenção e tratamento (O) de situações de maus-tratos?”***

## LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

<b>CINAHL Plus with Full Text</b>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeiro; Prática baseada em evidência; Humano; Faixa etária: Infant Newborn, Infant, Child Preschool, Child, Adolescent; Texto completo em PDF;
<b>MEDLINE with Full Text</b>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013; Resumo disponível; Humano; Faixa etária All Child;
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection Basic</b>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Dezembro de 2008 a Dezembro de 2013; Texto completo em PDF.

**Pesquisa nas bases de dados de cada palavra-chave individualmente**

<b>Palavra-chave</b>	<b>Nº ARTIGOS</b>
<b>1 – Nurs*</b>	<b>22.577</b>
<b>2 – Child Abuse</b>	<b>1.286</b>
<b>3 - Prevention</b>	<b>18.791</b>
<b>4 - Risk</b>	<b>31.051</b>
<b>5 - Treatment</b>	<b>34.303</b>

## Conjugação de cada palavra-chave com as outras

Conjugação de cada palavra-chave com as outras	Nº artigos
1+2	152
1+3	2875
1+4	2953
1+5	4342
2+3	328
2+4	481
2+5	187
3+4	7487
3+5	4602
4+5	7227

1 – Nurs\*

2 – Child Abuse

3 – Prevention

4 – Risk

5 - Treatment

## Conjugação das palavras-chave

Conjugação das palavras-chave	Nº ARTIGOS
1+2+3	48
1+2+3+4	18
1+2+3+4+5	4

1 – Nurs\*

2 – Child Abuse

3 – Prevention

4 – Risk

5 - Treatment

### **Critérios de inclusão / exclusão de artigos**

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
Incluídos artigos publicados entre Dezembro 2008 e Dezembro 2013 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Dezembro 2008 (não inclusive) e depois de Dezembro 2013 (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 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

## PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS



(a) Por forma a dar continuidade à RSL, tentando comparar a prática com evidências científicas, e para melhor compreensão/fundamentação da problemática em estudo, foram selecionados artigos resultantes dos cruzamentos anteriores; o seu conteúdo revelou-se de extrema importância para fundamentar a prática desenvolvida nos contextos.

<b>CRUZAMENTO</b>	<b>ARTIGO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>
5 palavras	Role of the forensic psychiatric nurse	<b>CINAHL Plus with Full Text</b>
4 palavras (a)	Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges	<b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Basic</b>
	Reducing Rates of Child Abuse	<b>CINAHL Plus with Full Text</b>
	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected	<b>CINAHL Plus with Full Text</b>
3 palavras (a)	Paediatric nurses' identification of violence against children	<b>MEDLINE With Full Text</b>
	The role of the nurse in child sexual abuse in USA	<b>CINAHL Plus with Full Text</b>
	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department	<b>MEDLINE With Full Text</b>
	Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses	<b>CINAHL Plus with Full Text</b>

## Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência

<b><u>Guyatt e Rennie (2002)</u></b>
<b>Level I:</b> Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
<b>Level II:</b> Single experimental study (RCTs);
<b>Level III:</b> Quasi-experimental studies;
<b>Level IV:</b> Non-experimental studies;
<b>Level V:</b> Case report/program evaluation/narrative literature reviews;
<b>Level VI:</b> Opinions of respected authorities/Consensus panels.

Guyatt, G. and 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/#>

ANEXO IV – Análise crítica dos artigos seleccionados

ARTIGO – 1

TÍTULO	Role of the forensic psychiatric nurse <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=19222692&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=19222692&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Tamsen Lyons, BA, BS – MS Nursing Program, University of Southern Maine, Portland, Maine
PUBLICAÇÃO	Journal of Forensic Nursing 5 (2009) 53-57 © International Association of Forensic Nurses
PALAVRAS-CHAVE	Convicção; exame de provas; papel do enfermeiro psiquiátrico forense; enfermagem forense; paciente como vítima ou agressor; condenação; tratamento; reincidência da violência; avaliação de risco
MÉTODO	Revisão da Literatura
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level V (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecer o papel do enfermeiro psiquiátrico forense</li><li>• Clarificar os desafios entre enfermagem forense e enfermagem correccional</li></ul>

<p>CONTEÚDOS</p>	<p>Artigo estruturado numa revisão da literatura por subtemas, apresentando no final um estudo de caso; recurso a vários autores para consubstanciar a opinião; recorre a evidências científicas, janela cronológica de bibliografia curta – 2002-2006</p> <p>Abordadas várias questões que podem ser resumidas em algumas ideias-chave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel do enfermeiro psiquiátrico forense - avaliar o paciente (vítima ou autor) e reunir provas que possam influenciar a convicção, sentença, reincidência, tratamento e prevenção;</li> <li>• O enfermeiro que avalia o cliente, sendo com frequência um enfermeiro generalista, deve estar familiarizado com os procedimentos forenses;</li> <li>• Conhecimento aprofundado do sistema de justiça criminal fundamental para a prática de enfermagem avançada forense;</li> <li>• Avaliação forense para o risco de violência e colheita e preservação de provas nos serviços de urgência exigem prática e formação baseada na evidência, e um julgamento clínico estruturado</li> <li>• Uma avaliação psiquiátrica forense de risco pode influenciar a convicção, sentença e curso de tratamento, evitando assim a violência ou a reincidência;</li> <li>• A relação enfermeiro cliente é baseada na possibilidade de que um crime foi cometido e há um aspeto de investigação para a interação; na esfera da enfermagem correcional, o paciente tem uma necessidade em termos de saúde mental e recebe cuidados nesse sentido, não recebendo necessariamente cuidados forenses;</li> <li>• As competências do enfermeiro forense são extensas: compreensão, solidariedade, neutralidade, objetividade, elevado índice de suspeita, comunicação interpessoal (com vítima, agressor, polícia, profissionais judiciais), capacidade de ser auto reflexivo, a nível pessoal e profissional; com frequência estas capacidades têm de ser mobilizadas sob condições de <i>stress</i>; é necessário manter a calma e reconhecer os próprios preconceitos e resposta emocional;</li> <li>• Avaliação forense implica equipa multidisciplinar – enfermeiro, médico, sistema judicial e judiciário</li> </ul> <p>A base do conhecimento da enfermagem forense</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento teórico e prático sobre o sistema de justiça criminal – funcionamento, função do tribunal, processos contenciosos e jurisprudência;</li> <li>• Compreensão completa da saúde mental e dos sistemas de saúde mental;</li> <li>• Áreas de competência prática – proteção e segurança, avaliação e gestão de riscos, gestão de violência e agressividade, relação terapêutica</li> </ul> <p>Avaliação de risco</p>
------------------	--

## CONTEÚDOS

- É utilizada em todo o processo de interação entre enfermeiro agressor/vítima
- Ciência inexata, baseada em avaliação clínica e profissional – método não fiável segundo vários estudos; pouca evidência de que as avaliações são precisas. Falhas levaram a uma segunda abordagem cujo objetivo é identificar variáveis preditivas potenciais e métodos de previsão ou fórmulas para prever futuros atos violentos – também tem falhas, ao descuidar fatores cruciais específicos ou individuais. Surge a terceira abordagem, ou julgamento clínico estruturado, enfatizando a utilização de diretrizes baseadas em evidências que promovam a coerência, tendo por base a experiência clínica e contemplando as especificidades de cada caso.
- Enfermeiro enquanto extensão da aplicação da lei – enquanto cliente, a vítima/agressor encontra-se sob custódia do hospital.

### Avaliação de risco forense

- Visa avaliar se um cliente é de risco ou não para si ou para outrem, agora ou no futuro;
- É usada principalmente para avaliar a probabilidade de reincidência violenta, podendo identificar problemas e contribuir para a elaboração, implementação e tratamento;
- Vários instrumentos de avaliação de risco forense
- Fatores de risco – antecedentes de conflitos, relação instável, *stress*, hostilidade, violência anterior, desajuste precoce, abuso de substâncias lícitas ou ilícitas

### Estudo de caso - Avaliação forense de uma situação de abuso sexual de uma criança

- Rapto e violação de uma menina de 8 anos de idade, quando ia de bicicleta da escola para casa. A criança foi deixada num restaurante à meia-noite, depois de ter sido violada por via vaginal e anal. A angústia e hemorragia levaram à notificação imediata da polícia. Foi transportada para o hospital.
  - A avaliação de enfermagem forense requer o mínimo de informações do crime, fotografias da cena do crime, se possível, declarações da vítima, registos oficiais e entrevistas;
  - A criança foi submetida a exame de violação, cirurgia de emergência para controle das lacerações vaginais, sendo entrevistada pelo psicólogo da polícia;
  - Análise da cena do crime;
  - A intenção de rapto ou abuso sexual de crianças envolve fantasia sexual, podendo ser revelada pela análise da propriedade do agressor;
  - Entrevista com agressor;
  - Em adolescente, havia sido internado por agressividade e comportamento incontrolável; não completou o ensino médio; incapacidade em aceitar relações de parentesco ou de autoridade na adolescência, adulto sem vínculos sociais, não adesão ao tratamento psiquiátrico e abuso de drogas e álcool.

	<ul style="list-style-type: none"><li>• A avaliação forense de risco, concluiu provável comportamento de repetição – reincidência</li><li>• Condenação a 45 anos de prisão.</li></ul>
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>• O papel do enfermeiro forense é <u>avaliar os autores para risco de violência, os agressores, e fazer possíveis recomendações para o tratamento, avaliação de risco forense e obter o testemunho de especialistas;</u></li><li>• Implica a prática <u>avançada com conhecimentos sólidos</u> nos campos médico e legal;</li><li>• Deve existir <u>treino e capacitação dos profissionais ao nível da avaliação de risco de violência e também na forma de abordagem das vítimas de trauma e aspetos forenses da agressão sexual.</u></li><li>• O julgamento clínico por si só não produz resultados válidos;</li><li>• <u>O treino e capacitação com base no método do julgamento clínico estruturado deve ser instituído e pode prevenir alguns atos de violência</u></li></ul>

ARTIGO - 2

TÍTULO	Predicting child abuse and neglect: ethical, theoretical and methodological challenges - Response to Harbison j (2009) Commentary on Taylor j, Baldwin N & Spencer N (2008)  <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=nhh&amp;AN=44076545&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=nhh&amp;AN=44076545&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Norma Baldwin, BA, Dip. Soc. Admin, MPhil – Emeritus Professor of Child Care Protection Social Dimension of Health Institute, University of Dundee, UK; Nick Spencer, MPhil, FRCP(UK), DCH – Emeritus Professor of Child Health and Social Science. University of Warwick Coventry, UK Julie Taylor
PUBLICAÇÃO	Journal of Clinical Nursing 17, 1193-1200 in Journal of Clinical Nursing 18, 621-622, © 2009 Blackwell Publishing Ltd.
PALAVRAS-CHAVE	
MÉTODO	Artigo de opinião
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level VI (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir de forma crítica acerca da utilização de métodos preditivos na avaliação do risco e da necessidade</li> </ul>
INTERVENÇÕES	Artigo de opinião/reflexão em resposta a um comentário/reflexão de um professor de saúde familiar sobre um artigo anteriormente editado; recurso a evidências científicas para consubstanciar a opinião; bibliografia - janela cronológica 2002-2008

<p style="text-align: center;">CONTEÚDOS</p>	<p>Abordadas várias questões que podem ser resumidas em algumas ideias-chave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de um trabalho rigoroso, sistemático na avaliação do risco e da necessidade, baseado na evidência e nos melhores modelos da prática</li> <li>• Importância da crítica de métodos preditivos</li> <li>• Melhorar a eficácia na avaliação do risco</li> <li>• A avaliação de risco faz parte do papel dos profissionais da saúde</li> <li>• Predição não é avaliação</li> <li>• Uma melhor eficácia na prevenção de danos em famílias individuais é mais provável que decorra da melhoria de competências no trabalho com os pais para identificar as dificuldades específicas e mutáveis, riscos e necessidades que podem impedir a sua capacidade de oferecer segurança, carinho e cuidados de desenvolvimento para os filhos; documentar e avaliar a evidência diária de fatores de risco e de proteção, tendo como foco a criança</li> <li>• Não há evidência de que o julgamento é mais preditivo que ferramentas de previsão</li> <li>• Departamento da Saúde (2004) e escocês (2007) – avaliação sistemática em triângulos – o que a criança precisa para crescer e se desenvolver, o que é necessário para os que cuidam da criança, o que é necessário em termos da realidade abrangente da criança; os fatores em que se centram os triângulos incluem os associados aos fatores de risco</li> <li>• Importância do treino de habilidades, a supervisão e apoio, no sentido da satisfação das necessidades das crianças e proteção</li> </ul>
<p style="text-align: center;">CONCLUSÕES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O foco da atenção devem ser as circunstâncias económicas e sociais em que o risco é provável</li> <li>• <u>Prevenção primária através de políticas favoráveis à família enquanto abordagem construtiva – exigindo uma mudança de foco da patologia da família para a patologia da sociedade</u></li> <li>• <u>Trabalhar diariamente com a criança e família, avaliando de forma rigorosa, pode ser mais eficaz que encontrar ferramentas de previsão.</u></li> </ul>

## ARTIGO - 3

TÍTULO	Reducing Rates of Child Abuse <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=21534431&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=21534431&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Erin Meads, Nicola Fair, Merrin Newltn and Camille Davis
PUBLICAÇÃO	KAI TIAKI NURSING NEW ZEALAND, MARCH 2010, VOL 17, NO 2
PALAVRAS-CHAVE	
MÉTODO	Avaliação de um programa
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level V (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento e implementação de um instrumento de triagem que facilite a identificação de crianças em risco de abuso ou negligência</li> </ul>
INTERVENÇÕES	<p>Os autores relatam os processos desenvolvidos na elaboração e implementação de uma ferramenta de triagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2009 - grupo de enfermeiras identificou a necessidade de uma abordagem mais prática na identificação de crianças em risco ;</li> <li>• Constituído grupo de trabalho, reuniões para refletir sobre como se poderia detetar um maior nº e mais precocemente de lesões não acidentais em crianças</li> <li>• Construído instrumento de triagem e definidos processos a serem desenvolvidos, no sentido de permitir que os profissionais de saúde que trabalham na prática identifiquem situações de lesões não acidentais com mais facilidade; instrumento válido para crianças com idade «6 anos;</li> <li>• Usado como modelo de base o instrumento de triagem de abuso infantil do Starship Children's Hospital's – desenvolvido instrumento de triagem adaptado, com o objetivo de identificar e documentar se qualquer criança «6 anos, com lesão coberta pela Accident Compensation Corporation estava em risco de abuso/negligência; fornecia também intervenções a desenvolver se uma lesão não acidental era suspeita;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação de médicos e enfermeiros – Abuso de crianças/negligência e forma de operacionalização da ferramenta de triagem;</li> <li>• Introdução do instrumento de triagem na prática clínica;</li> <li>• Nova formação de acordo com as necessidades</li> </ul>
CONTEÚDOS	<p>Abordadas várias questões que podem ser resumidas em algumas ideias-chave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Nova Zelândia existem 57 casos confirmados de abuso infantil ou negligência por dia; 21000 casos em 2009;</li> <li>• <u>Cuidados de Saúde Primários – donde deveriam emergir as primeiras sinalizações; atualmente, apenas 1% dos relatórios são elaborados por médicos e enfermeiros; maioria das notificações efetuadas pela polícia, seguida pelos professores;</u></li> <li>• <u>Fundamental o apoio por parte da administração na implementação de políticas e procedimentos;</u></li> <li>• <u>Importância da consciencialização da equipa para as questões do abuso/negligência</u></li> <li>• <u>Equipa mais capacitada para lidar com o problema</u></li> <li>• <u>Reconhecimento que é dever do enfermeiro não ignorar as altas taxas de abuso infantil e violência doméstica (...), fazendo o possível para tentar reduzir a violência na comunidade</u></li> </ul>
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A ferramenta de triagem contribui para uma abordagem ativa na identificação de crianças em risco</u></li> </ul> <p>Auditorias mostraram que, entre Novembro 2009 e Janeiro de 2010, 260 crianças foram triadas e 15 casos foram relatados como risco ou confirmação de abuso</p>

ARTIGO - 4

TÍTULO	The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected  <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=22724907&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=22724907&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Karen Francis, Ysanne Chapman, Kenneth Sellick, Ainsley James, Maureen Miles, Janet Jones and Julie Grant
PUBLICAÇÃO	Contemporary Nurse, Volume 41, Issue 1, April 2012
PALAVRAS-CHAVE	Notificação obrigatória; médicos; enfermeiros; polícia; professores
MÉTODO	Estudo exploratório-descritivo, metodologia da teoria fundamentada
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level IV (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender e destacar os processos de tomada de decisão de quatro grupos profissionais - médicos, enfermeiros, polícias e professores (estudo realizado na zona rural Victoria, Austrália)</li> </ul>
PROJETO DE PESQUISA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotado um desenho de estudo exploratório-descritivo, com base na teoria fundamentada, permitindo a exploração de relatórios de abuso infantil e negligência no campo de interação dos profissionais;</li> <li>• Colheita de dados comparativos constante e abordagem de análise, sendo construído um quadro que descreve os processos de tomada de decisão dos profissionais na escolha de cumprir ou não a denúncia obrigatória do abuso infantil e negligência</li> <li>• População alvo para inclusão no estudo – médicos, enfermeiros, polícias e professores</li> <li>• Aprovação pelo University Human Ethics Committee</li> <li>• Anúncio para participantes em jornais regionais da zona rural de Victoria</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostragem Snowball após resposta inicial ao anúncio</li> <li>• Critérios de inclusão</li> <li>• Total de 17 profissionais para participarem no estudo – 2 sexo masculino, 15 sexo feminino, dos quais 7 enfermeiras</li> </ul> <p>Colheita de dados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas face a face ou via telefone, realizadas por um dos investigadores</li> <li>• Solicitado aos participantes informações sobre a formação profissional, experiência profissional, experiências anteriores em situações de abuso e /ou negligência infantil, nomeadamente ações desenvolvidas após a suspeita</li> </ul> <p>Entrevistas gravadas e transcritas na integra para análise de dados</p>
ANÁLISE DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usada abordagem temática para análise dos dados</li> <li>• O processo de análise dos dados envolveu transcrição dos dados gravados, leitura das transcrições, e consulta dos dados para semelhanças e diferenças entre os grupos profissionais</li> <li>• Efetuada uma segunda revisão com a intenção de descobrir implícitas ideias ou temas que explicam as decisões menos óbvias</li> <li>• Processo desenvolvido de forma independente para as 17 transcrições</li> <li>• Desenvolvido um modelo para proporcionar um mecanismo de agrupamento por temas, usando um descritor ou código; exemplares a partir dos dados referenciados em relação a cada código, permitindo a análise da transcrição por outro membro da equipa de investigação – verificação do processo de análise</li> <li>• Concordância pela equipa</li> <li>• Conceptualização do processo de tomada de decisão por um dos pesquisadores</li> <li>• Revisão do quadro conceptual, modificação e reflexão pela equipa de investigadores</li> </ul> <p>Construção de um modelo que explica o processo de decisão dos profissionais perante uma criança em risco de abuso/negligência</p>
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 etapas no processo de tomada de decisão perante a criança em risco/suspeita de abuso/negligência: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alerta para a possibilidade de abuso ou negligência</li> <li>2. Período de espera e colheita de provas</li> <li>3. Tomar a decisão de denunciar ou não denunciar</li> <li>4. Processamento do resultado da sua ação</li> </ol> </li> </ul> <p>Alerta para a possibilidade de abuso ou negligência</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere-se aos sinais de alerta – sinais físicos (hematomas, fraturas, atraso de crescimento), alterações de</li> </ul>

	<p>comportamento, choro, raiva, recusa da interação com pessoas</p> <p>Período de espera e colheita de provas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referida por alguns participantes como o esperar para ver se foi uma situação isolada, se padrão de repetição;</li> <li>• Quanto aos riscos da espera, a maioria dos participantes, referem preferir esperar para ter a certeza do abuso/negligencia</li> <li>• Colheita de evidências relevantes para fundamentar a suspeita</li> </ul> <p>Tomar a decisão de denunciar ou não denunciar – é influenciada por vários aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posição do profissional na organização, relação com superiores, relação com a família em causa, conceito do que constitui abuso</li> <li>• Responsabilidade profissional foi descrita como o estar alerta e deteção de sinais</li> <li>• Decisão de adiar a responsabilidade para profissionais com mais experiência</li> <li>• Desconhecimento da possibilidade de denunciar diretamente para o Departamento de Serviços Humanos</li> <li>• Influencia de trabalhar numa comunidade pequena</li> <li>• Responsabilidade pessoal, social e moral</li> <li>• Processo unidirecional da denúncia;</li> <li>• Trabalho em equipa, apoio dos colegas</li> </ul> <p>Processamento do resultado da decisão de denunciar ou não</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feedback sobre a decisão e consequências emocionais</li> <li>• O sentimento de ter feito o correto</li> <li>• Quando os superiores decidem não denunciar</li> <li>• A raiva de não ser ouvido</li> <li>• A visão holística</li> </ul>
<p>DISCUSSÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A tarefa de garantir a proteção das crianças é da responsabilidade dos enfermeiros (...), embora a comunidade tenha a obrigação moral de proteger as crianças</u></li> <li>• <u>Muitos profissionais desconhecem o (enquadramento legal de proteção à criança)</u></li> <li>• Nenhum profissional quer aceitar que situações de abuso de crianças ocorrem na sua comunidade</li> <li>• Proteger o vulnerável é a premissa sobre a qual a sociedade se baseia</li> <li>• <u>Mecanismos para garantir a segurança da criança estão definidos na legislação específica</u></li> <li>• <u>Proteção da criança enquanto princípio universal</u></li> <li>• <u>Responsabilidade profissional de notificação obrigatória</u></li> <li>• Dilemas subjacentes à responsabilidade social e moral dos profissionais têm influência na decisão</li> </ul>

## DISCUSSÃO

- Experiência em situações anteriores de crianças abusadas confere maior consciência aos profissionais, por oposição aos inexperientes, que se tornam cautelosos
- Evidências mostram que se a situação de abuso é clara e objetiva (sinais físicos), o profissional faz de imediato o relatório, mas se a situação se refere a abuso sexual, emocional ou negligência, sem evidências mensuráveis, a opção é a espera vigiando, colhendo provas e solicitando opinião de superiores mais experientes
- O estudo revelou que a tomada de decisão dentro das 4 profissões é influenciada pela experiência profissional, experiência prévia de relatórios de situações de abuso/negligência, crenças pessoais, contexto geográfico, apoio local e natureza hierárquica e organizacional do contexto da prática
- Profissionais que se sentem competentes e confiantes têm mais facilidade em sinalizar
- Enfermeiros tendem a investigar em equipa multidisciplinar, colher provas, e denunciar através do médico, no entanto, se o médico não decide, por vezes é o enfermeiro que envia relatório diretamente para a polícia
- Importância do conhecimento da comunidade e da informação da própria comunidade acerca da criança e família na contextualização da situação de risco
- Dever de cuidar
- Deliberação antes de decidir denunciar ou não – corpo de evidências que sustentam a suspeita
- Preocupações válidas sobre a auto segurança aquando da denúncia
- Profissionais exigem feedback das agências de proteção
- Profissionais relatam sentir-se mal preparados para o processo de denúncia; referem falta de formação curricular; preparação para as pessoas serem notificadores obrigatórios é insuficiente (Australian Research Alliance for Children and Youth & Allen Consulting Group, 2008); sugere-se que a formação deve ser contínua e compartilhada com outros profissionais, recorrendo a estudos de caso
- Modelo de processo de tomada de decisão em 4 etapas (adaptado de Horwath, 2007)
- Deve ser estabelecida abordagem de parceria nacional de proteção à criança, permitindo referências entre instituições antes e após o abuso/negligência ser formalmente comunicado
- Formação dos profissionais deve ser explícita e atualizada, com base em aprendizagens inter profissionais
- Melhorar a formação dos profissionais será fortalecer a sua vontade de denunciar, sabendo o que fazer, como fazê-lo, identificando os passos do processo de tomada de decisão

### Limitações do estudo

- Reduzido nº de participantes
- Limitações geográficas da colheita de dados

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Representação desigual dos grupos profissionais</li><li>• Desequilíbrio entre os sexos</li></ul>
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relatar o abuso /negligência de crianças é uma experiência stressante para médicos, enfermeiros, polícias e professores</li><li>• <u>A notificação obrigatória deve ser incluída na formação dos profissionais</u></li><li>• <u>Formação contínua e estudos de caso entre profissionais</u></li></ul>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Bibliografia - janela cronológica 2003-2010

ARTIGO - 5

TÍTULO	Paediatric nurses' identification of violence against children  <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=20946570&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=20946570&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Malgorzata Pabiś, Irena Wrońska, Barbara Ślusarska & Tomasz Cuber
PUBLICAÇÃO	JAN (Journal of Advanced Nursing, 67 (2), 384-393, 2011)
PALAVRAS-CHAVE	Síndrome da criança espancada, abuso infantil, enfermeiros pediátricos, polónia
MÉTODO	Estudo descritivo-transversal
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level III (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os enfermeiros pediátricos quanto às habilidades de avaliação e intervenções diagnósticas utilizadas em situações de maus-tratos às crianças</li> </ul>
PROJETO	Estudo descritivo transversal realizado na Polónia entre dezembro de 2005 e março de 2006, sendo aprovado pelos Comitês de ética apropriados e gestores de serviços de saúde
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutados em hospitais pediátricos em duas cidades polacas</li> <li>• Todos os enfermeiros com um diploma ou bacharelato eram elegíveis para o estudo</li> <li>• A pesquisa foi realizada com um total de participantes de 160 enfermeiros, 80 provenientes de um hospital pediátrico, e 80 de um instituto de saúde das crianças, situados em duas cidades diferentes da Polónia</li> <li>• Taxa de resposta de 80%</li> <li>• Consentimento escrito dos participantes</li> <li>• Entrega de questionários – preenchidos de forma anónima</li> </ul>

COLHEITA DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário desenvolvido em inglês e polaco, com base em estudos anteriores sobre abuso infantil e maus-tratos a crianças</li> <li>• Questionário piloto testado com especialista em enfermagem pediátrica (N=15)</li> <li>• Questionário composto por 25 questões (18 fechadas e 7 abertas), algumas das quais avaliaram a capacidade do entrevistado para identificar sintomas de maus-tratos à criança, outras relacionadas com a opinião e experiência relativa à facilidade ou dificuldade em identificar sintomas de síndrome da criança batida e um terceiro grupo de questões relacionadas com o atendimento e cuidados prestados à criança maltratada; inclui ainda questões gerais – variáveis independentes (sexo, idade, experiência profissional)</li> <li>• Respostas aos itens estruturados avaliadas e classificadas em 3 categorias: positivo, irrelevante e negativo; as perguntas abertas foram avaliadas, sendo fornecidos valores positivos e negativos para as variáveis definidas</li> <li>• Fiabilidade – <math>r = 0.91</math></li> </ul>
ANÁLISE DOS DADOS	Utilizado o programa SPSS, com recurso a estatística descritiva
DISCUSSÃO	<p>Limitações do estudo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes recrutados apenas a partir de duas unidades hospitalares, o que implicou a redução do tamanho da amostra</li> <li>• Utilização de um instrumento de pesquisa não padronizado</li> <li>• Não se tentaram identificar as barreiras que podem impedir os enfermeiros de realizar uma avaliação dos maus-tratos à criança</li> </ul> <p>O problema das crianças maltratadas na Polónia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A violência contra crianças muitas vezes não é discutida</u></li> <li>• Comparação dos resultados com evidências científicas / estudos anteriormente realizados com base em observação de crianças vítimas diretas de violência – Skórzyńska and Parcian (2002); Ziolkowska et al. (2002); Trendak et al. (1998)</li> <li>• A maioria dos enfermeiros, na sua experiência profissional, já cuidaram até 5 crianças vítimas de maus-tratos</li> <li>• <u>Abandono de crianças enquanto forma mais comum de violência</u></li> <li>• <u>Relativamente às lesões físicas, ressaltam como localização mais frequente a cabeça e tronco, sendo as lesões mais frequentes os hematomas</u></li> <li>• <u>A negligência e vários tipos de violência física foram as formas mais frequentes de abuso de crianças nos estudos discutidos</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Todos os enfermeiros consideram as habilidades em identificação do síndrome da criança abandonada como fundamentais para o seu trabalho, mas apenas 12% referiram estar confiantes das suas habilidades a esse nível</u></li> <li>• <u>Investigação similar entre profissionais que cuidam de crianças maltratadas enfatizou a dificuldade na identificação de sintomas de maus-tratos à criança</u></li> <li>• <u>Os resultados sugerem que é essencial desenvolver os conhecimentos e habilidades dos enfermeiros pediátricos, para capacitá-los para prestar um serviço mais profissional e cuidar de crianças maltratadas de forma mais competente</u></li> <li>• <u>Frequentemente são os enfermeiros que têm o primeiro contacto com a criança maltratada; devem estar alerta e atentos para os sintomas e fatores de risco: físico, emocional e social, embora não seja suficiente para diagnosticar a violência. Devem ser analisados diferentes sintomas conjugados, e eventual repetição de episódios. As observações devem ser comparadas com as explicações da criança; os enfermeiros devem incentivar as crianças a falar sobre o que experimentaram</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;">CONCLUSÕES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A violência contra crianças e jovens é uma situação encontrada frequentemente no contexto da enfermagem pediátrica</u></li> <li>• <u>Os enfermeiros devem estar cientes de que as lesões de uma criança são muitas vezes combinadas com diferentes formas de negligência – violência emocional ou abuso sexual – o que conduz a deficits emocionais</u></li> <li>• <u>Os enfermeiros necessitam de treino teórico e prático na identificação e crianças maltratadas, como ajudá-las de forma profissional, e como trabalhar em equipa multidisciplinar na gestão deste problema</u></li> <li>• <u>Necessidade de formação especializada para aumentar a competência dos enfermeiros que cuidam de crianças maltratadas e sua família</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;">REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</p>	<p>Recurso a bibliografia vasta, janela cronológica bastante alargada – 1962-2008</p>

ARTIGO - 6

TÍTULO	The role of the nurse in child sexual abuse in USA <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=2011796945&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=rzh&amp;AN=2011796945&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Theodosilouos Stavrianopoulos, Ourania Gourve
PUBLICAÇÃO	Health Science Journal, Volume 6, Issue 4 (October – December 2012)
PALAVRAS-CHAVE	Enfermeiros, criança, abuso, cuidado
MÉTODO	Procurar bases de dados eletrônicas (MEDLINE, CINAHL) para uma revisão da literatura internacional até 2009, e seleção de livros, artigos e estudos em bibliotecas
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level V (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar, com base na revisão da literatura internacional, o papel do enfermeiro no abuso sexual de crianças nos EUA</li> </ul>
INTERVENÇÕES	Os autores mobilizam evidências científicas na revisão efetuada, com recurso a bibliografia atual, janela cronológica alargada – (1996-2007)
CONTEÚDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de abuso sexual infantil</li> <li>• Apresentação de dados sobre a incidência de crianças maltratadas na América, tipos de mau trato e consequências</li> <li>• <u>As enfermeiras podem fornecer serviços importantes para as crianças que são vítimas de abuso sexual; as suas habilidades em entrevista e exame físico são vitais para a investigação e desenvolvimentos dos casos</u></li> <li>• <u>Em cooperação com uma equipa multidisciplinar, a enfermeira pode ajudar na proteção adequada da</u></li> </ul>

<p>CONTEÚDOS</p>	<p><u>criança e na otimização dos resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados da revisão da literatura apresentados por temas</li> </ul> <p>Anatomia do crime</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleção da vítima – normalmente um parente ou alguém com coabita com o agressor</li> <li>• Processo de aliciamento – objetivo de tornar-se parte importante da vida da criança</li> <li>• Introdução gradual de atividade sexual no relacionamento</li> <li>• Pelo menos 90% das crianças abusadas sexualmente não têm lesões físicas</li> </ul> <p>Tipos de divulgação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agressor desencoraja a criança a relatar</li> <li>• Dados formais e informais indicam que o nº de pessoas que nunca divulgam é bastante elevado</li> <li>• 3 maneiras da criança descrever o que ocorre <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Divulgação intencional, em que a criança verbaliza a alguém o comportamento sexual</li> <li>✓ Divulgação acidental, em que a criança diz algo que alerta que algo está a acontecer com a criança</li> <li>✓ Descoberta, em que alguém testemunha comportamento que pode ser associado a um comportamento sexual entre um adulto e uma criança</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Divulgação e o papel da enfermeira</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Garantir a saúde e a segurança da criança</u></li> <li>• <u>Enfermeiros com formação adequada podem recolher e preservar provas forenses</u></li> <li>• <u>Quando a família acredita que a criança foi vítima de abuso sexual entra em crise e procura ajuda ao nível dos cuidados de saúde</u></li> <li>• <u>Enfermeiros cuidam de crianças abusadas e famílias nos serviços de urgência e podem desempenhar um papel vital ativando uma equipa multidisciplinar que responde à divulgação</u></li> </ul> <p><u>Recolha de evidências pelo enfermeiro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Se a criança revela que o abuso sexual ocorreu nos últimos dias é possível efetuar a recolha de provas</u></li> <li>• <u>O DNA pode ser recuperado a partir de saliva, sangue, sémen, caspa e células da pele, roupa interior, roupa da criança ou da cama</u></li> <li>• <u>Colocar cada peça de roupa individualmente em saco de papel selado e devidamente identificado, que deve ser guardado em local próprio até avaliação legal</u></li> <li>• <u>Disponibilizar roupa para a criança</u></li> <li>• <u>Inspecionar o corpo da criança com fonte de luz para pesquisar presença de sémen</u></li> <li>• <u>A história da criança é a mais eficaz na localização de sémen e saliva</u></li> <li>• <u>Fotografar lesões relacionadas</u></li> <li>• <u>Despistar presença de hematomas no pescoço e extremidades</u></li> </ul>
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Registrar todas as lesões e ferimentos</u></li> <li>• <u>Efetuar tratamento às feridas</u></li> <li>• <u>Contacto com equipa da medicina legal</u></li> <li>• <u>Efetuar relatório de abuso infantil</u></li> </ul> <p>Suspeita de abuso sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Se o enfermeiro suspeita que uma criança tem sido abusada sexualmente, deve efetuar entrevista adequada à idade sobre atividade sexual</u></li> <li>• <u>Se a criança nega, mas o enfermeiro mantém a suspeita baseada em evidências físicas ou com base no comportamento, deve notificar às entidades sociais e recolher provas se possível</u></li> <li>• <u>Os enfermeiros não devem ter medo de solicitar investigação</u></li> </ul>
<p>CONCLUSÕES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>O enfermeiro pode desempenhar um papel muito importante na saúde e bem estar das crianças vítimas de abuso sexual; tem um papel crítico na identificação de crianças vítimas de abuso sexual</u></li> <li>• <u>Todos os casos de suspeita de abuso devem ser comunicados às autoridades competentes</u></li> <li>• <u>Os enfermeiros podem adquirir mais competências na área através da participação em cursos específicos</u></li> </ul>

## ARTIGO - 7

TÍTULO	Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=23092228&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=23092228&amp;lang=pt-br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Eveline CMF Louwers, Ida J Korfage, Marjo J Affourtit, Harry J De Koning and Henriëtte A Moll
PUBLICAÇÃO	BMC Pediatrics 2012, 12:167
PALAVRAS-CHAVE	Abuso de crianças, departamento de emergência, triagem, estudo qualitativo
MÉTODO	Estudo qualitativo baseado em entrevista semiestruturadas com 27 profissionais de 7 hospitais holandeses, dos quais 6 enfermeiros.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level IV (GUYATT; RENNIE, 2002 – Anexo XI)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar os fatores facilitadores e as barreiras na triagem de crianças vítimas de abuso, nos serviços de emergência</li><li>• Fazer recomendações para otimizar a triagem de abuso infantil no departamento emergência</li></ul>
POPULAÇÃO	Realizadas entrevistas a 27 profissionais que prestam serviços em pelo menos um dos 7 hospitais participantes da província de Sul-Holland, Holanda; entrevistados médicos (pediatras, cirurgiões), enfermeiros, gestores de departamento de emergência e membros do Hospital Board; a seleção das profissões teve por base o envolvimento direto na detecção de abuso de crianças ou a sua responsabilidade em relação à política de abuso infantil

COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extraídos das 27 entrevistas os fatores facilitadores e as barreiras para a detecção de abuso infantil</li> <li>• Na segunda fase do estudo, os referidos fatores/barreiras foram apresentados a 5 especialistas em abuso infantil e a um especialista em implementação para validar formas de enfrentar as barreiras</li> <li>• Total de 33 entrevistas semiestruturadas</li> <li>• A todos os participantes foi solicitada a opinião sobre 10 proposições relacionadas com a política de abuso de crianças, detecção, cooperação e treino de competências</li> <li>• Entrevistas realizadas pelo mesmo entrevistador, gravadas e transcritas na íntegra para análise por 2 investigadores</li> <li>• Estudo aprovado pelo Medical Ethical Committee of the Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam</li> <li>• Obtido consentimento por parte dos participantes</li> </ul>
RESULTADOS	<p>Barreiras para os profissionais de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>O deficit de conhecimentos sobre o abuso de crianças</u>, a comunicação com os pais no caso de suspeita de abuso e a falta de tempo para o desenvolvimento da política de abuso</li> </ul> <p>Barreiras para os membros do Conselho de Administração</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de meios e de tempo, alta rotatividade dos profissionais do departamento de emergência são considerados impedimentos para melhorar a sua política de abuso infantil</li> </ul> <p>Formas de otimização</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação do pessoal do departamento de emergência para melhorar o reconhecimento das situações de abuso de crianças, melhorar as habilidades de comunicação, nomeação de um profissional exclusivamente para o abuso de crianças, apoio explícito da política de triagem pela administração e implementação nacional de um protocolo aprovado e de um instrumento de triagem validado</li> </ul>
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde janeiro de 2009 que os hospitais holandeses são obrigados a cumprir os critérios do Quadro de abuso Infantil da inspeção de Saúde Holandesa</li> <li>• Ainda existem muitas barreiras na detecção adequada de abuso infantil</li> <li>• Estudos anteriores demonstram que a triagem de abuso infantil nos serviços de emergência é eficaz para aumentara detecção de suspeita de abuso de crianças, embora falte um protocolo e instrumento validados</li> <li>• Profissionais de saúde motivados para melhorar a detecção, mas referem <u>falta de tempo para desenvolver uma política e protocolos adequados, para registar a suspeita e para organizar a formação</u></li> <li>• O nº de crianças no serviço de urgência torna difícil para os enfermeiros abordar calmamente uma suspeita de abuso com os pais</li> <li>• <u>A nomeação de um responsável para promover a sinalização e detecção de suspeita/abuso</u></li> <li>• <u>Implementação de um protocolo de triagem nacional e de um protocolo adequado para situações de suspeita abuso de</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A educação é a base para a deteção de abuso infantil – formação estruturada</u></li> <li>• Registo detalhado dos números e tipo de suspeita nos hospitais</li> </ul> <p>Limitações do estudo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas realizadas antes da Health Care, não contemplando questões tais como o registo e informação; pequeno nº de entrevistados por categoria profissional; no início do estudo, alguns países ainda não tinham iniciado a triagem para o abuso de crianças</li> </ul>
CONCLUSÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os profissionais de saúde estão motivados para aderir ao Quadro de Abuso Infantil da Inspeção de saúde, embora encontrem muitas barreiras</li> <li>• Comunicação como principal fator dificultador</li> <li>• <u>Ao nível da Gestão – criação de oportunidades de formação e nomeação de comissário de abuso infantil</u></li> <li>• <u>Capacitar os profissionais para a deteção de abuso infantil</u></li> <li>• <u>Implementação de um protocolo nacional e instrumento de triagem validado</u></li> </ul>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Autores recorrem a evidências científicas, com base em bibliografia com janela cronológica 2003 - 2012

ARTIGO - 8

TÍTULO	Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=20880280&amp;lang=pt br&amp;site=ehost-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=mnh&amp;AN=20880280&amp;lang=pt br&amp;site=ehost-live</a>
AUTORES	Selly S. Eisbach and Martha Driessnack
PUBLICAÇÃO	Journal for Specialists in Pediatric Nursing Vol.15, No 4, October 2010
PALAVRAS-CHAVE	Maus tratos à criança, notificação obrigatória, enfermagem
MÉTODO	Estudo exploratório, qualitativo – descritivo, com recurso a teoria fundamentada na abordagem de análise; usada uma secção transversal de enfermeiros pediátricos
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	Level IV (Guyatt e Rennie, 2002)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrever o processo de relatar maus-tratos à criança a partir da perspetiva dos enfermeiros pediátricos</li> <li>• Conhecer as formas de mediação/moderação das influências no processo de reportar situações de maus-tratos</li> </ul>
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 enfermeiros, dos quais, 10 alunos de enfermagem, 7 enfermeiros pediátricos e 6 enfermeiros de saúde mental pediátrica</li> <li>• Selecionados por meio de uma amostragem de máxima variação, facilitando uma secção transversal de enfermeiros pediátricos – 1ª fonte de variação - prática primária autoidentificada pelos enfermeiros; 2ª fonte de variação – taxa de maus-tratos à criança no município onde exerce funções</li> <li>• Enfermeiros recrutados através de 3 organizações de enfermagem em todo o estado</li> <li>• Critérios de inclusão: prestadores de cuidados de enfermagem autónomos em cenários de cuidados agudos ou de prática na comunidade, capacidade de comunicar em inglês e com experiência em relatos de maus-tratos à criança</li> </ul>

COLHEITA DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovação do Conselho de Revisão Institucional</li> <li>• Enfermeiros que preencheram os critérios de inclusão foram incluídos no estudo</li> <li>• Entrevistas realizadas pessoalmente ou por telefone, gravadas, transcritas e verificadas quanto à precisão</li> <li>• Usado NVivo7 na gestão de dados</li> <li>• Transcrições analisadas usando Método Comparativo</li> </ul>
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os enfermeiros compartilharam várias histórias sobre a sua experiência prática em situações de maus-tratos à criança e as medidas adotadas antes de comunicar às autoridades</li> <li>• Identificadas três etapas do processo de relatar maus-tratos a crianças: consciencializar-se do potencial de mau trato à criança, intervir em nome da criança e/ou da família, relatar aos Serviços de Proteção à Criança</li> <li>• Foram identificadas influencias moderadoras que afetam a taxa de casos relatados: <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - competência profissional do enfermeiro/conhecimentos na identificação de sinais e sintomas de maus-tratos</li> <li>2º - contextualização da situação de maus-tratos à criança (avaliação familiar)</li> <li>3º - reflexão sobre o serviço prestado pelos Serviços de Proteção à Criança (esgotando todas as intervenções possíveis antes de encaminhar a criança, vigiando permanentemente o cuidado)</li> </ul> </li> <li>• Se os enfermeiros se sentia confiantes nas suas capacidades para avaliar o risco ou o mau trato à criança, não se verificavam atrasos no processo de encaminhamento da situação, e os seguintes pontos de moderação não influenciavam a decisão;</li> <li>• Se os enfermeiros se sentem pouco confiantes em termos de conhecimentos/habilidades, a tomada de decisão é cada vez mais lenta, sofrendo a influência dos outros pontos de moderação</li> <li>• O ponto de divergência na comunicação de processos situa-se ao nível dos conhecimentos e competências profissionais do enfermeiro. A este nível, constatou-se que nos casos em que a evidência do abuso era objetiva, o encaminhamento da situação era imediato; a decisão de denunciar a situação torna-se mais complexa quando os dados são mais subjetivos, exigindo avaliação adicional, mantendo a vigilância</li> </ul>
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autores comparam resultados com várias evidências científicas de estudos anteriores</li> <li>• <u>Diretrizes atuais obrigam ao relatório de situações quando há uma suspeita razoável</u>, considerada ela própria subjetiva</li> <li>• <u>Cada ponto moderador da decisão de relato de maus-tratos tem uma base de influência individual com potencial de intervenção</u></li> <li>• <u>O 1º ponto de moderação representa um importante foco inicial para a intervenção ou mudança nos padrões da prática – reflexo do conhecimento e nível de habilidade de cada enfermeiro na avaliação da</u></li> </ul>

	<p><u>criança vítima de maus-tratos – este achado suporta o curso de formação de enfermeiros pediátricos em reconhecimento de maus-tratos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Necessidade de incluir na formação dos enfermeiros os sinais e sintomas menos objetivos, recorrendo a estudos de casos clínicos</u></li> <li>• Nível de incerteza em relação aos Serviços de Proteção à Criança</li> <li>• Estudo representa um passo inicial e importante no caminho para a auto reflexão, avaliação clínica, oportunidades de formação e pesquisas futuras</li> </ul>
LIMITAÇÕES	Enfermeiros que participaram no estudo com experiência em situação de maus-tratos, o que pode ter influenciado os resultados ao facilitar a partilha de experiências; amostra concentrada; não se concluiu o que acontece aos enfermeiros que optam por não relatar.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Janela cronológica de 8 anos, 2002-2010

## ANEXO V – Projeto de estágio

# **A CRIANÇA EM RISCO NEGLIGÊNCIA / MAUS TRATOS**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA  
PREVENÇÃO/DETEÇÃO/ENCAMINHAMENTO**



**PROJETO DE ESTÁGIO**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM**  
**UNIDADE CURRICULAR**  
**ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E RELATÓRIO**

**PROJETO DE ESTÁGIO II e RELATÓRIO**

**A CRIANÇA EM RISCO**  
**NEGLIGÊNCIA/ MAUS TRATOS**  
**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO/DETEÇÃO/ENCAMINHAMENTO**

Mestranda

Joana Gonçalves aluna nº110435007

Orientadora

Prof.ª Regina Ferreira

SANTARÉM

Abril, 2013

## DEDICATÓRIA

A todas as crianças de quem  
cuidamos.

## PENSAMENTO

*“Quando chegar o momento de vocês deixarem o mundo não tenham a preocupação de terem sido bons, isto não é o bastante! Deixem um mundo bom! Onde reina a violência o único recurso é a violência. Onde vivem os homens o auxílio só pode vir dos homens”*

Brecht

## **CHAVE DE SIGLAS**

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da Republica

N(H)ACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

## **CHAVE DE ABREVIATURAS**

Enf.<sup>ª</sup> - enfermeira

Enf.<sup>º</sup>- enfermeiro

Prof.<sup>ª</sup>- professora

p. – página

n.<sup>º</sup> - número

art.<sup>º</sup> - artigo

<b>ÍNDICE</b>	<b>p.</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA CENTRAL DE APOSTA PESSOAL.....</b>	<b>10</b>
<b>2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
2.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES.....	15
<b>2 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>17</b>

## 0 – INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista implica aprofundar conhecimentos sobre os processos de vida e problemas de saúde que revelem ter implícita uma maior complexidade ao nível da avaliação e intervenção.

O Conselho de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010) afirma que

o enfermeiro especialista se define por ser um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Preconiza-se que o Enf.º Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria trabalhe em parceria com a criança, pais, cuidadores, família e comunidade, em qualquer contexto em que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível. Cabe ao Enf.º especialista a prestação de cuidados à criança saudável ou doente, a educação para a saúde e a identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa. Cuidar da criança/jovem enquanto microssistema inserido numa estreita relação de interdependência com o exossistema familiar implica que o Enf.º Especialista tenha uma visão global, capacidade de liderança e flexibilidade, respeitando a política das organizações, isto é, demonstre na sua postura e intervenção o Saber – científico e baseado na evidência, Saber Ser – humano, valorizando eticamente o respeito pela criança e família e pelas suas decisões, Saber Estar – demonstrando maturidade, flexibilidade e ponderação, permeadas pela empatia e carinho na relação e Saber Fazer – competências técnicas.

Para KELLY Et al. (2007) citada pela OE, no regulamento nº 12372011, «A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo da criança”, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras (...)», visando a garantia da qualidade dos cuidados, a satisfação dos intervenientes e a maximização da saúde.

A OE define, no Regulamento nº 123/2011, que,

são áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco (...).

No mesmo documento regulamenta também a responsabilidade do enfermeiro no diagnóstico precoce e intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem.

No âmbito do 1º CMESCJ, 2º ciclo, surge a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem II e Relatório, em que será desenvolvido um período de ensino clínico em diversos contextos hospitalares, no sentido da aquisição de competências específicas. Existirá uma temática central e transversal a toda a intervenção da mestranda, em que através da revisão sistemática da literatura, se pretende basear a prática na evidência.

Tendo por base a Metodologia de Planeamento em saúde e os autores IMPERATORI; GIRALDES (1993), o processo de planeamento inicia-se com a análise da situação, determinação de necessidades e fatores de risco, contribuindo para a tomada de decisões, definição de objetivos e organização de atividades, com base nos *inputs* e recursos. Na definição de prioridades, dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação. Neste sentido, surge o desenvolvimento deste projeto de intervenção. IMPERATORI; GIRALDES (1993, p.129) definem projeto como «(...)um estudo detalhado das atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia (...) (sendo) uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico (...)»

A problemática específica de intervenção e aprofundamento de competências relaciona-se com a criança em risco - negligência / maus tratos - a intervenção do enfermeiro na prevenção/deteção precoce/encaminhamento. A área de intervenção decorre não só do interesse da mestranda em desenvolver competências, mas também pelas evidências demonstrarem que o nº de crianças maltratadas cresce de forma assustadora. No 1º trimestre de 2013, dados da CPCJ de Santarém apontam para um número de 130 novos processos de crianças maltratadas instaurados; o período de ensino clínico desenvolvido ao nível dos Cuidados de Saúde Primários veio também ele evidenciar na prática a necessidade identificada de formação aos profissionais e aos pais no sentido da intervenção em comunidade para se atingir a prevenção do risco.

A OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, em 2011, também alerta para a existência de «um nº significativo de crianças que são abandonadas ou negligenciadas. Em 2009 viviam institucionalizadas cerca de doze mil crianças e adolescentes. Os motivos para a instauração de processos são o abandono, negligência, violência física, abandono escolar, maus tratos continuados e abuso sexual.»

Desta forma, com o desenvolvimento deste projeto pretende-se planear o desenvolvimento de competências específicas no cuidar da criança/jovem, em situação de

especial complexidade/ risco, sustentado na revisão sistemática da literatura enquanto recurso para a prática baseada na evidência. Para que seja possível a sua operacionalização, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, na área da criança em risco, com recurso à metodologia científica;
- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier, Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital das Caldas da Rainha;
- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde em situação de risco (negligência / maus tratos);
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados ao Recém-nascido e família em situação de internamento no Serviço de Neonatologia;
- Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de Urgência e de Internamento de Pediatria médica/cirúrgica;
- Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar dos Serviços de Internamento e Urgência Pediátrica do CHO, na área da criança em risco, tendo em vista uma identificação e referência precoce das situações de risco.

Pretende-se ainda que o próprio projeto funcione como linha mestra que oriente o desenvolvimento do Relatório, comparando a prática baseada na evidência com outras formas de prática em enfermagem, de forma a promover a reflexão na ação, tendo por base a metodologia PI[C]O. Esta metodologia tem vindo ultimamente a revestir-se de uma crescente divulgação no seio da enfermagem, sendo defendida por muitos como a melhor forma de integrar com validade, os mais recentes desenvolvimentos da investigação científica, na prática clínica diária dos enfermeiros.

## 1 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA CENTRAL DE APOSTA PESSOAL

Os maus tratos em crianças e jovens são hoje um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial, embora existam registos desde a história da humanidade. No período greco-romano registam-se casos de abandono, infanticídio, aborto (SEI, MB 2004, citado por RAMOS; AMARAL; SPINOLA; LOBO; SILVA; COSTA; SILVA; CHAVES; JUNIOR; MIRANDA, 2007); o séc. XVI foi marcado por agressões; o Séc. XX é o séc. dos direitos da criança, sendo edificado um quadro jurídico-legal de proteção às crianças; surgiram as associações, instituições e organizações em prol da infância. Em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Declaração Universal dos Direitos da Criança, visando assegurar uma infância feliz. Em 1990 é ratificada por Portugal a Convenção sobre os Direitos da Criança.

Todavia, e mesmo com o reconhecimento do valor da infância, permanecem os registos de maus tratos (ARAGÃO, JS *et al*, 2004, citado por RAMOS *et al*, 2007). Entre 2000 e 2010 o risco assumiu um aumento no que diz respeito ao volume processual de processos instaurados – de 3745 casos para 5444 (DGS - Comissão de acompanhamento – relatório 2011)

Os maus tratos entendem-se como a violação dos direitos fundamentais da criança e a não satisfação das necessidades universais e básicas. (...) não consistem apenas numa “ação”, as “omissões” nos cuidados de proteção às crianças também podem constituir formas de maus tratos, designadas por negligência. (...) Algumas pessoas são incapazes de responderem adequadamente aos filhos em determinadas condições. Ser pai/mãe, não implica em todos os casos, saber, querer ou poder fazer o mais adequado para os filhos. A parentalidade positiva compõe-se de uma série de comportamentos que se podem aprender e/ou melhorar (CONSELHARIA DE PROTEÇÃO SOCIAL, 2006, p.117)

A ação de saúde para crianças e jovens em risco, criada pelo Despacho da Ministra da saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro, permitiu estruturar e operacionalizar a intervenção face a este problema de saúde. (DGS - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção, 2011)

Evidências demonstram que, os maus tratos a crianças e jovens são um dos problemas mais importantes entre os que afetam a qualidade de vida na infância e na adolescência, com consequências a vários níveis, designadamente no futuro das pessoas envolvidas (CORDEIRO, 2003). Já em 2001, MIKAMI; ESCOBAR (p.112) afirmam que «A violência doméstica infantil é considerada um problema de saúde pública (...)». PASCOLAT, citado por VALLE (1999) e por MIKAMI; ESCOBAR (2001,p.112) refere que «para cada caso de violência contra crianças e adolescentes notificados existem pelo menos outros vinte que não chegam ao conhecimento das autoridades.».

LUTTI, 2011, acrescenta que

A despeito da legislação protetora e significativos avanços na identificação do fenómeno, a prevenção dos maus tratos/ negligência contra a criança e adolescente ainda prevalece a nível terciário. A significativa massa de notificações ainda vem dos hospitais. Antes da hospitalização, a vítima frequentava unidades básicas de saúde, creches, consultórios, escolas...A questão é: ninguém viu? Aparentemente, ninguém olhou. Defrontamo-nos, também, com o tabu da invasão de privacidade como justificativa para a omissão.

Um estudo subsidiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em 1997, mostra que crianças que vivem com apenas um dos pais têm 80% a mais de risco de sofrerem violência dentro de casa, e 2,2 vezes a mais de serem negligenciada a sua educação (MORRISON e BIEHL, 2000); Pesquisas feitas na Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos mostram que crianças que se desenvolveram numa família com só um dos pais estão mais expostas à violência, tanto dentro quanto fora de casa, assim como de se tornarem agressores na idade adulta (OMS, 2002). Achados recentes da neurobiologia revelam o efeito biológico dos maus tratos a nível cerebral – diminuição do crescimento do hemisfério esquerdo, aumento do risco de depressão, irritabilidade do sistema límbico, com episódios de pânico e de stress pós-traumático, menor crescimento do hipocampo e risco de perturbações dissociativas e da memória

Os maus tratos podem resultar em lesões físicas, psicológicas ou sociais, a curto, médio e longo prazo, podendo marcar de forma indelével a vida das crianças (...) o seu impacto ultrapassa o presente, manchando o futuro e o potencial da criança em termos de vida, sobrevivência, qualidade de vida, desenvolvimento da personalidade, da dignidade e do seu papel social e nos diferentes ecossistemas.» (CORDEIRO, 2003)

Segundo a DGS (Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde – documento técnico, 2008), uma das suas medidas de orientação em relação aos serviços de saúde no domínio dos maus tratos é que estes se devem pautar por abordagens que integrem os aspetos culturais, sociais, económicos e legais. Refere ainda que os profissionais de saúde devem estar formados e especializados para poderem destetar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias/cuidadores.

Os objetivos da intervenção em saúde (DGS, Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção, 2011) são:

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

Desta forma, o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco adquire um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de 1º nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam diretamente com as situações, na respetiva esfera de ação. São estes grupos, em articulação com outras instituições e hospitais, que vão dar

respostas às situações de risco. Os núcleos permitem ainda agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de uma intervenção de 2º e 3º nível. Segundo a DGS (2011), ressalta-se ainda que a deteção de indicadores de risco e a perceção de muitas situações que colocam a criança/jovem em perigo, assim como o encaminhamento e acompanhamento, são tarefas difíceis para os profissionais; contudo, urge uma intervenção eficaz e eficiente, logo, é prioritário intensificar a capacidade de resposta dos serviços.

A violência doméstica contra crianças e adolescentes cresce discretamente e os maus tratos apresentam-se desde a negligência até ao abuso sexual. Muitas vezes, a criança ou adolescente chega ao hospital, já tão vitimizada, que pode apresentar sequelas irreversíveis e até evolui para a morte (MIKAMI; ESCOBAR, 2001, p.112). O enfermeiro tem muitas vezes maior oportunidade de envolvimento com a criança e família, o que possibilita a formação de um vínculo enfermeiro-criança-família, promovendo a comunicação e empatia. MICHALEK, citado por NEWBERGER, 1983 e por MIKAMI; ESCOBAR, 2001, enfatiza que «este profissional tem uma importante contribuição a dar na abordagem deste problema por meio do histórico de enfermagem (...)».

Somente uma transformação cultural efetiva, que permita olhar e ver, será capaz de edificar os alicerces de tão sonhada paz social. O reforço da noção de cidadania e do poder da sociedade civil ativa e participante são determinantes para reivindicar justiça e segurança. Isso passa também pelo compromisso profissional de olhar e ver, superando o axioma do profissional insípido, incolor e inodoro, que “não se envolve”, para se alcançar numa prática responsável e ética que, efetivamente, se caracterize como intervenção preventiva.

Cabe aos profissionais de saúde e cidadãos, atuar com rigor, serenidade, organização, vontade e motivação. E, através de uma rede multidisciplinar, tentar proteger a criança no seu melhor interesse, à luz dos Direitos da Cidadania expressos na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas. Isto é, adotar uma «atitude sabedora, coordenada e organizada entre os vários profissionais.» (CORDEIRO, 2003)

Cuidar da criança em risco enquanto enfermeiro especialista, pressupõe o referencial teórico de Anne Casey, no sentido de efetivar uma relação de parceria centrada na criança/jovem e família, intervindo ao nível da prevenção do risco - fatores de risco – e da promoção – fatores protetores / resiliência, promovendo o *empowerment* da criança/jovem e família. Os pais serão sempre os melhores cuidadores, mas muitas vezes, precisam de ser ajudados no processo da parentalidade positiva. Sempre com base na empatia e no respeito pelos princípios éticos.

O conhecimento das necessidades da criança, o reconhecimento de ser autónoma, a importância da vinculação, da estimulação do seu meio ambiente e a proteção

assumem um papel primordial. As medidas de intervenção devem estar dirigidas ao crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança, englobando a família e a comunidade. (LIMA, 2006, URL: [http://www.multiculturas.com/textos/maustratos\\_infantis\\_Licinia-Lima.pdf](http://www.multiculturas.com/textos/maustratos_infantis_Licinia-Lima.pdf))

É fundamental perceber que a promoção da parentalidade positiva, da vinculação precoce, do contacto pele com pele, capacitando para o cuidar centrado no desenvolvimento, para as competências do recém-nascido e para as necessidades das crianças/jovens são formas de intervenção na prevenção do risco / perigo, da negligência, da violência.

«Cada criança contém em si mesma o potencial inato de vir a ter múltiplas evoluções possíveis; depende de nós. A compreensão psicodinâmica da psiquiatria (...), pode dar um valioso contributo para a compreensão de fatores claramente promotores do bem-estar individual e social. (...) permite tornar mais claras situações de risco responsáveis por descalabros humanos.» (STRECHT, 1999)

Seria desejável que a sociedade preconizasse, antes de tudo, a busca do Bem e do bem-estar para todos, e o direito dos filhos nascerem com o dever dos pais e da sociedade de assegurar esse bem à geração seguinte. Segurança, proteção, prevenção e assistência são as palavras-chave do discurso social a respeito da família. (PHILLIPE, 2000, citado por PFEIFFER; HIRSCHMEIER, 2011)

## 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O período de Estágio II decorre de 22 de Abril a 19 de Outubro de 2013, com um período de interrupção letiva – férias de verão – de 15 de Julho a 13 de Setembro. Tem a duração de 18 semanas, que serão desenvolvidas nos seguintes contextos:

- 5 semanas no Serviço de Neonatologia – Hospital São Francisco Xavier
- 6 semanas no Serviço de Medicina/Cirurgia Pediátrica – CHO
- 4 semanas no Serviço de Urgência Pediátrica – CHO
- 3 semanas de atividades na Escola/Relatório

Pretende-se intervir ao nível da prestação de cuidados especializados e individualizados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade/risco/estado crítico, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, a CIPE e o SAPE (existentes em qualquer contexto de estágio). Valoriza-se o Cuidar assente no paradigma de intervenção com a criança/jovem e família, delineando permanentemente uma intervenção em parceria com os pais/cuidadores como postula Anne Casey no seu Referencial Teórico. Este modelo teórico de enfermagem, alia-se ao Modelo Ecológico de Bronfenbrenner no desenvolvimento de uma intervenção sistémica perante uma situação multicausal e multifatorial como o é a área dos Maus Tratos e da Violência na Criança. «Um fenómeno de multidimensionalidade, com interdependência dos níveis sociais micro e macro, requer ações de enfrentamento multiprofissional» (MINAYO; SOUZA, 1999 URL: <http://dx.doi.org/10.1590/51413-81231999000100002>)

Pretende-se também, e para além da intervenção direta com a criança/jovem e família, intervir ao nível da Formação em Serviço aos enfermeiros/equipa multidisciplinar no âmbito da Criança em Risco, com a elaboração/implementação de Protocolo de Intervenção de Enfermagem na área e Guia de Boas Práticas (caso não exista nas respetivas unidades). Ainda na área do sistema de gestão de qualidade, do qual fazem parte os protocolos e manuais de boas práticas, pretende-se investir na área da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados – eventual implementação de questionário de avaliação da satisfação dos utentes, assim como na elaboração de protocolo de intervenção de enfermagem perante a criança vítima de negligência/maus tratos e protocolo de organização da equipa multidisciplinar na sala de emergência.

É ainda meta da mestranda, a integração do N(H)ACJR, com entrevista a Enf.º que o integra, para perceber dinâmica de funcionamento na prática e colheita de dados estatísticos relativos aos casos de Maus Tratos Infantis. Se possível, ambiciona-se também perceber como funcionam as CPCJ das respetivas áreas geográficas em que se inserem as unidades de estágio.

Na intervenção direta com a criança e família em risco, pretende-se desenvolver uma intervenção em parceria, atuando ao nível da prevenção primária – educação para a saúde, deteção precoce de situações e encaminhamento – sinalização para N(H)ACJR/CPCJ, tendo por base as Normas da DGS e a própria intervenção que é desenvolvida nos contextos.

## 2.1 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades a desenvolver, sua justificação e cronograma, encontram-se definidas no Plano de Atividades seguinte:

## PLANO DE ATIVIDADES

<b>O QUÊ?</b>	A CRIANÇA EM RISCO - NEGLIGÊNCIA / MAUS TRATOS
<b>Definição do tema</b>	A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO/ENCAMINHAMENTO

<b>PARA QUÊ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver competências específicas no cuidar da criança/jovem, em situação de especial complexidade/ risco, sustentado na revisão sistemática da literatura enquanto recurso para a prática baseada na evidência</li></ul>
<b>Objetivo geral</b>	
<b>Competências</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e a reinserção social da criança/jovem</li><li>• Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li><li>• Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</li><li>• Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura</li><li>• Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</li><li>• Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</li><li>• Fundamenta e reflete a prática clínica especializada tendo por base a prática baseada na evidência numa perspetiva da melhoria da qualidade de cuidados</li></ul>

<b>CONTEXTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier</li><li>• Serviço de Pediatria e de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Oeste – Hospital das Caldas da Rainha</li></ul>
-----------------	---

<b>PARA QUÊ?</b>	<b>PORQUÊ?</b>	<b>COMO?</b>	<b>QUANTO TEMPO?</b>	<b>PARA QUEM?</b>
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Justificação (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Duração</b>	<b>População alvo</b>
1 – Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, na área da criança em risco, com recurso à metodologia científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de interesse da mestranda</li> <li>• Nº cada vez maior de situações verificadas em contexto de trabalho, com consequente necessidade de aprofundar a intervenção no sentido da prevenção e encaminhamento</li> <li>• Nº de situações de negligência/maus tratos cada vez maior</li> <li>• Fundamenta e reflete a prática clínica especializada tendo por base a prática baseada na evidência, numa perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados</li> <li>• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>• Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</li> <li>• Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração do projeto de estágio, tendo por base: Áreas de interesse, motivação e necessidades pessoais de formação da mestranda; Competências Enf.º Especialista</li> <li>• Validação do projeto de estágio com Profª Regina</li> <li>• Recurso à revisão sistemática da literatura, cumprindo o protocolo de pesquisa, por forma a desenvolver o cuidar especializado em cada contexto, de acordo com a evidência</li> <li>• Desenvolvimento do relatório de estágio tendo por base os objetivos definidos institucionalmente para o mesmo</li> </ul>		Mestranda

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos Específicos	Justificação (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População alvo
2 - Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier, Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital das Caldas da Rainha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração</li> <li>• Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente</li> <li>• Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</li> <li>• Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</li> <li>• Integra a equipa de saúde multidisciplinar</li> <li>• Participa na construção de tomada de decisão em equipa</li> <li>• Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</li> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> <li>• Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da mestranda nos vários serviços</li> <li>• Visita às instalações das diferentes unidades</li> <li>• Conhecer o microssistema – missão, modelo teórico, métodos de organização de trabalho, registos de enfermagem</li> <li>• Perceber forma de articulação dos vários serviços com outras unidades/ serviços/comissões (mesossistema)</li> <li>• Conhecer o macrossistema subjacente ao cuidar - consulta de normas e protocolos em vigor</li> <li>• Conhecer o circuito da criança/família, desde a admissão na unidade até a alta</li> <li>• Apresentação às equipas de saúde</li> <li>• Validação do Projeto de Estágio com Enf.º Cooperante</li> <li>• Reconhecer e compreender os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa</li> <li>• Integrar a equipa ao nível da prestação de cuidados à criança / jovem e família do microssistema (Serviço de Neonatologia, Pediatria, Urgência Pediátrica) em interação com mesossistema, com base no macrossistema</li> <li>• Promover um ambiente positivo e favorável à prática</li> <li>• Utilizar os recursos de forma eficiente para promover a qualidade</li> </ul>	1ª semana de estágio em cada contexto	Mestranda

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos	Justificação  (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População  Alvo
3 – Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde em situação de risco (negligência / maus tratos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>• Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</li> <li>• Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade</li> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> <li>• Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</li> <li>• Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• Sensibilizar pais e cuidadores para o risco de violência, consequências e prevenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda</li> <li>• Mobilizar enquadramento jurídico/legal de Proteção à Infância</li> <li>• Em cada contexto de estágio, se possível, elaborar diagnóstico de situação relativo à intervenção perante a criança em risco, através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reunião com a Enf.ª Chefe do Serviço – como é feito o encaminhamento? Existência no Hospital de N(H)ACJR? Recetividade da equipa multidisciplinar para a área da criança em risco? Necessidades de Formação em Serviço na área?</li> <li>➤ Caso exista, reunião com responsável do N(H)ACJR</li> <li>➤ Colher os dados estatísticos relativos a 2013 de situações de risco sinalizadas e encaminhadas, nº, tipo de mau trato, encaminhamento</li> </ul> </li> <li>• Integrar o N(H)ACJR durante um período de intervenção do mesmo, em cada contexto de estágio, se possível</li> <li>• Contacto com CPCJ da área de referência, se possível</li> <li>• Detecção precoce de fatores de risco, de proteção, de agravamento/crises de vida em situação de urgência/internamento da criança/família</li> <li>• Detecção precoce de sinais de alerta de negligência/maus-tratos em situação de urgência/internamento da</li> </ul>	Durante o estágio, nos vários contextos	Mestranda

		<p>criança/família</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhamento das situações de risco segundo protocolo da DGS, para N(H)ACJR/CPCJ/Centro de Saúde de referência</li><li>• Recurso ao Modelo Ecológico / Bronfenbrenner na abordagem da criança/família em situação de risco</li></ul>		
--	--	---	--	--

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos	Justificação  (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População  Alvo
4 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados ao Recém-nascido e família em situação de internamento no Serviço de Neonatologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>• Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</li> <li>• Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade</li> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> <li>• Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</li> <li>• Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais</li> <li>• Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança otimizando as respostas</li> <li>• Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda</li> <li>• Assistir o recém-nascido e família de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / CIPE, desde a admissão na unidade até à alta/transferência</li> <li>• Avaliação dos reflexos do recém-nascido</li> <li>• Avaliação da dor segundo protocolo do serviço (Escala de EDIN e Neo-PASS)</li> <li>• Implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor</li> <li>• Capacitar os pais no âmbito das estratégias não farmacológicas de alívio da dor</li> <li>• Desenvolver o cuidar centrado no desenvolvimento do recém-nascido prematuro</li> <li>• Intervir com base na redução dos <i>stressors</i> do prematuro, nomeadamente ambiente físico, luz, ruído, posicionamento, toque, procedimentos</li> <li>• Promover a vinculação precoce e a parentalidade positiva</li> <li>• Aplicar a escala em uso no serviço – Neo-Swat</li> <li>• Aplicar a escala de observação das competências precoces na alimentação oral</li> <li>• Capacitar os pais para as competências sensoriais e comportamentais do recém-nascido, no sentido da parceria no cuidar e da promoção da parentalidade</li> </ul>	29 de Abril a 31 de Maio	Mestranda

	<p>possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</li> <li>• Promove a adaptação da família à doença crónica, deficiência/incapacidade</li> <li>• Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</li> </ul>	<p>positiva enquanto fator de proteção de negligência/maus tratos, através de sessão de educação para a saúde, se diagnosticada alguma situação de risco</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar na sessão de educação aos pais sobre “O Método Canguru”</li> <li>• Cooperar com a equipa multidisciplinar no cuidar do recém-nascido em situação de risco de vida/emergência, enquanto área nobre de investimento em contexto de trabalho</li> <li>• Cooperar com a Enf.<sup>a</sup> cooperante no cuidar do prematuro internado na unidade de cuidados intensivos</li> <li>• Cooperar com a equipa multidisciplinar na gestão de emoções e luto familiar perante a morte de recém-nascido internado</li> <li>• Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas do lactente e família, em SAPE</li> <li>• Elaboração de Álbum Digital relativo ao bebé prematuro no sentido da articulação com o Serviço de Grávidas de Risco.</li> </ul>	<p>Junho 2013</p> <p>Ao longo do estágio</p>	
--	---	---	--	--

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos	Justificação  (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População  Alvo
5 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de internamento de pediatria médica/cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>• Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</li> <li>• Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade</li> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> <li>• Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</li> <li>• Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda</li> <li>• Assistir a criança/jovem e família em situação de doença/cirurgia, de acordo com metodologia científica – Modelo Teórico de Anne Casey / Nancy Roper, desde a admissão na unidade até à alta/transferência</li> <li>• Avaliação da dor segundo protocolo do serviço (propor implementação de protocolo caso não exista)</li> <li>• Implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor</li> <li>• Capacitar os pais no âmbito das estratégias não farmacológicas de alívio da dor</li> <li>• Capacitar os pais para a promoção das necessidades da criança/jovem no sentido de uma Infância Segura, Saudável e Feliz, enquanto fator de proteção de negligência/maus tratos – sessão de educação para a saúde, se se adequar.</li> <li>• Educação para a saúde informal à criança/jovem e família tendo por base o motivo de internamento, cuidados antecipatórios e dúvidas, com recurso a folhetos/folha de recomendações em uso no serviço</li> <li>• Cuidar da criança/jovem em situação de risco de vida/emergência, enquanto área nobre de investimento em contexto de trabalho</li> <li>• Registos de enfermagem de acordo com metodologia</li> </ul>	3 de Junho a 12 de Julho	Mestranda

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar pais e cuidadores para o risco de violência, consequências e prevenção</li> <li>• Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</li> <li>• Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença</li> <li>• Oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde</li> <li>• Facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> <li>• Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</li> </ul>	<p>científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família, em suporte de papel – processo ainda não informatizado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação de questionário de avaliação de satisfação da criança/família, enquanto gestão da qualidade, perspetivando a introdução de medidas de melhoria da qualidade dos cuidados</li> </ul>		
--	---	--	--	--

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos	Justificação  (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População  alvo
6 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>• Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</li> <li>• Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem</li> <li>• Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade</li> <li>• Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</li> <li>• Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</li> <li>• Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro</li> <li>• Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança otimizando as respostas</li> <li>• Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</li> <li>• Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da mestranda</li> <li>• Assistir a criança/jovem e família nos processos de doença que motivam a ida ao Serviço de Urgência, de acordo com metodologia científica – modelo Teórico de Anne Casey</li> <li>• Efetuar triagem de prioridades das situações de urgência de acordo com protocolo em uso no Serviço, utilizando o software Alert</li> <li>• Educação para a saúde informal à criança/jovem e família tendo por base o motivo de urgência, cuidados antecipatórios e dúvidas, com recurso a folhetos/folha de recomendações em uso no serviço</li> <li>• Cuidar da criança/jovem em situação de risco de vida/emergência</li> <li>• Estabilização da criança/jovem em situação de risco de vida perspetivando o transporte seguro para unidade diferenciada</li> <li>• Transferência da criança/jovem em situação de risco de vida para unidade diferenciada</li> <li>• Cooperação com a equipa do TIP – transporte inter-hospitalar pediátrico – 2 turnos</li> <li>• Registos de enfermagem de acordo com metodologia científica, refletindo a avaliação das intervenções desenvolvidas e respostas da criança/jovem e família</li> </ul>	16 de Setembro a 11 de Outubro	Mestranda

	<p>criança/jovem e família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença</li> <li>• Oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde</li> <li>• Sensibilizar pais e cuidadores para o risco de violência, consequências e prevenção</li> <li>• Facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> <li>• Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</li> </ul>	<p>utilizando o software Alert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperação com o enfermeiro na manutenção do carro de emergência, após utilização e mensalmente/auditoria</li> <li>• Adaptação do questionário de avaliação da satisfação dos utentes ao Serviço de Urgência Pediátrica e da respetiva Instrução de Trabalho</li> </ul>		
--	--	---	--	--

PARA QUÊ?	PORQUÊ?	COMO?	QUANTO TEMPO?	PARA QUEM?
Objetivos	Justificação  (Baseada nas Competências Enf.º Especialista)	Atividades a desenvolver	Duração	População  alvo
7 - Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar dos Serviços de Internamento e Urgência Pediátrica do CHO, na área da criança em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce das situações de risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de interesse da mestranda</li> <li>• Importância da intervenção conjunta da equipa multidisciplinar em situações de crianças em risco</li> <li>• Importância de uniformizar a forma de intervenção, cientificamente planeada</li> <li>• Sensibiliza (...) os profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção</li> <li>• Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade</li> <li>• Planeia programas de melhoria contínua</li> <li>• Elabora guias orientadores de boas práticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de ficha projeto de justificação da formação</li> <li>• Divulgação da formação nos Serviços</li> <li>• Convite formal aos profissionais</li> <li>• Sessão de formação “A criança em risco – intervenção e encaminhamento”: 2 momentos de formação para permitir a participação de toda a equipa (equipa de enfermagem comum – internamento, urgência e ambulatório)</li> <li>• Sessão de formação “A criança em risco – deteção precoce / sinais de alerta.”</li> <li>• Avaliação das sessões de formação por meio de questionário escrito</li> <li>• Elaboração e implementação de protocolo de intervenção perante a criança/jovem vítima de negligência/maus-tratos, para o serviço de internamento de pediatria e urgência pediátrica, de acordo com as normas da qualidade do CHO</li> </ul>	<p>Junho/Julho</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>“</p> <p>Outubro</p> <p>Após cada sessão</p> <p>Julho</p>	<p>Equipa multidisciplinar dos Serviços de Internamento e Urgência Pediátrica do CHO</p>

COM QUEM?		QUEM FAZ?	AVALIAÇÃO
Recursos Humanos	Recursos Materiais		
<p>Enf.º Cooperante em cada serviço</p> <p>Enf.º que integra N(H)ACJR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital S. F. Xavier</li> </ul> <p>Equipas multidisciplinares dos vários serviços</p> <p>Profª Regina Ferreira</p>	<p>Computador</p> <p>Data show</p>	<p>Mestranda Joana Gonçalves</p>	<p>Contínua</p> <p>Reuniões de orientação a agendar</p> <p>Momentos de avaliação formal, em reunião a agendar;</p> <p>Relatório escrito</p>

### 3 – CONCLUSÃO

A elaboração do presente projeto de estágio constitui-se como guia de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências de âmbito pessoal e profissional.

Constitui-se ainda como uma linha orientadora de extrema importância para alcançar os objetivos propostos, na medida em que possibilita a preparação e estruturação das diversas intervenções e a avaliação das metas alcançadas. Conseqüentemente, espera-se, ainda, adquirir as competências propostas para o estágio.

Salienta-se a flexibilidade enquanto característica do Planeamento em Saúde, e também deste projeto; o desenvolvimento das várias etapas - avaliação, planeamento, intervenção, reavaliação – implica, *a priori*, a eventual necessidade de adequação/reformulação por forma a atingir as competências e objetivos propostos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CONSELHARIA DE PROTEÇÃO SOCIAL – Direção Geral da Família, da criança e das adoções. **Promoção e proteção dos direitos das crianças**. 1ª edição revista, Junho 2006. 179p. ISBN:84-482-4361-7

CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual**. Parecer número 267/2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

CORDEIRO, Mário – Maus tratos a crianças e adolescentes: Chegou o momento de dizer «basta!». **Rev Port Clín Geral**. Nº19 (2003). p.151-160

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª série – Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª série – Regulamento n.º 123/2011, de 23 de Fevereiro, **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) - **Metodologia do planeamento em saúde** (3ª edição) Escola Nacional de Saúde Pública.

LIMA, L. – Os Maus Tratos Infantis. [em linha]. Centro de estudos multiculturais (15/09/2006). [Consult. 20/04/2013]. Disponível em:

URL: [http://www.multiculturas.com/textos/maustratos\\_infantis\\_Licinia-Lima.pdf](http://www.multiculturas.com/textos/maustratos_infantis_Licinia-Lima.pdf)

LUTTY, C. (*et al*, 2011). A prevenção da violência contra crianças e adolescentes. In: **Manual de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Conselho Federal de Medicina.

MIKAMI, Cintia; ESCOBAR, Eulália – Violência Doméstica contra crianças e adolescentes: a atuação do enfermeiro. **Rev Enferm UNISA** (2001); 2 : p. 112-116.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. – É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciências e Saúde Coletiva**. ISSN 1413-8123 [em linha]. Nº1, vol. 4 (1999). [Consult. 20/04/2013]. Disponível em:

URL: <http://dx.doi.org/10.1590/51413-81231999000100002>

MORRISON & BIEHL (2000) – **A família ameaçada – violência doméstica nas américas**. Banco Interamericano do desenvolvimento. Brasil: Ed. FGV. ISBN 85-225-0301- X

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE (2002) - **Saúde para todos no século XXI. Uma introdução**. Loures: Lusociência.

PFEIFFER, L.; HIRSCHHEIMER, M. – Negligência ou Omissão do Cuidar. In: **Manual de Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. Conselho Federal de Medicina. Sociedade de Pediatria de S. Paulo, Brasília/DF, 2011. ISBN 178-85-87077-18-9

PORTUGAL. **Constituição da Republica Portuguesa** – 7ª revisão, 2005 (art.º 64º, Saúde, e 69º, Infância)

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Comunicação e Promoção da saúde no ciclo de vida – **Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Maus tratos em crianças e jovens, guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. Fevereiro 2011, 51p.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde. Documento técnico**. Lisboa, Novembro 2008, 71p.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Ação de saúde para crianças e jovens em risco – Comissão de acompanhamento – relatório 2011**. Lisboa, Outubro 2012, 20p.

PORTUGAL. Despacho da Ministra da Saúde nº 3192/2008, publicado em DR – II série, nº236 de 05/12/2008 (**Ação de saúde para Crianças e Jovens**)


PORTUGAL. Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, publicada em DR – I série – A, nº204 de 01/09/1999  
**(Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo)**

PORTUGAL. Lei nº 48/90, publicada em DR – I série, nº195 de 24/08/1990 **(Lei de Bases da Saúde)**

RAMOS, D.; AMARAL, F.; SPINOLA, F.; LOBO, G.; SILVA, H.; COSTA, I.; SILVA, J.; CHAVES, L.; JUNIOR, T.; MIRANDA, V. – A violência contra a criança e o adolescente: uma abordagem histórica e clínica. **Gaz. Méd. Bahia**. Nº 77, suplemento 1 (2007), p.98-102.

STRECHT, P. (1999) - **Preciso de Ti – Perturbações Psicossociais em Crianças e Jovens**. Lisboa: Assírio & Alvim. ISBN 972-37-0530-3.

## ANEXO VI – Protocolos elaborados

 <p>SERVIÇO DE PEDIATRIA Julho 2013</p>	PROTOCOLO
	ATUAÇÃO EM CASO DE SUSPEITA DE MAU TRATO A CRIANÇAS E JOVENS

### **A) OBJETIVO**

Definir o modo de atuação em caso de deteção de fatores de risco – mau trato infantil

### **B) ÂMBITO**

Aplica-se aos Serviços de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria, Hospital de Dia e Consulta Externa do Centro Hospitalar do Oeste

### **C) DEFINIÇÕES**

**Criança em risco:** criança que está ou esteve sujeita a condições adversas, genéticas ou ambientais, que se sabe estarem correlacionadas com o posterior aparecimento de deficits em uma ou mais áreas do seu desenvolvimento.

**Criança em risco de mau trato:** diz respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

**Suspeita de mau trato infantil:** 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, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder.

**Mau trato:** diz respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

**Tipos de mau trato:** negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, mau trato psicológico, Síndrome de Munchausen por Procuração, Abuso sexual (constitui crime e tem procedimentos específicos e protocolo próprio de atuação).

**Fatores de risco:** dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis biopsicossociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. Os fatores de risco, por si sós, não provam a existência de maus tratos, apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento.

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

## **D) DESCRIÇÃO**

Qualquer entidade ou profissional de um serviço 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 a legislação em vigor no âmbito da proteção de crianças e jovens em perigo.

### *1 – Detecção de fatores de risco*

- Pediatra, Enfermeiro e Assistente Social
- De acordo com a Legislação em vigor – “Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”
- Iniciar preenchimento da “Ficha de Sinalização”

### *2 – Análise dos indicadores de suspeita de negligência / mau trato*

- Pediatra, Enfermeiro e Assistente Social
- De acordo com a Legislação em vigor – “Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”

### *3 – Análise da situação*

- Pediatra, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo
- Os procedimentos de avaliação são sempre baseados na suspeita
- Abordagem baseada na calma, empatia, respeito e confiança
- Selecionar um elemento chave na equipa multidisciplinar para conduzir a avaliação
- Mediadas a evitar: tomar suspeita por diagnóstico, precipitação, exames e perguntas repetidas, por vários profissionais;
- Atitudes a evitar: juízo de valor, agressividade, conflitos;

*4 – Se a suspeita não se confirma, alta clínica, programada de acordo com as diligências efetuadas e após ser estabelecido um plano que assegure a segurança da criança*

### *5 – Confirmada a suspeita:*

*5.1 – Contacto com a rede social de apoio, pela Assistente Social*

*5.2 – Isolamento da criança face ao agressor*

- Pediatra, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo
- Ponderar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem
- Internamento da criança/jovem
- Comunicar o internamento aos pais/representantes legais
- Se recusa internamento, aplicar “Procedimento de Urgência” – art.º 91 da Lei 147/99
- Se necessário, contactar autoridades policiais

5.3 - Realizar exames complementares de diagnóstico adequados à situação

5.4 - Terminar preenchimento da “Ficha de sinalização”

5.5 – Contacto com as entidades competentes e envio de relatório/ficha de sinalização:

- NHACJR
- CPCJ
- Tribunal


5.6 – Definição e aplicação de estratégia de intervenção

5.7 – Obtenção de resposta das entidades e cumprimento da decisão

## **E) CONTACTOS**

- Instituto de Medicina Legal Leiria – 244870323
- Gabinete Medicina Legal Torres Vedras - 261311266
- CPCJ Caldas da Rainha – 262839725 / cpcj.cr@gmail.com
- PSP – 262870360
- GNR – 262830180
- Polícia Judiciária de Leiria - 244845200
- Tribunal Judicial da Comarca das Caldas da Rainha – S. central - 262840640

Elaborado por: Joana Gonçalves  
1º CMESCJ – E.S.S.Santarém  
Julho, 2013

 <p>SERVIÇO DE PEDIATRIA Julho 2013</p>	PROTOCOLO
	<p>ATUAÇÃO EM CASO DE SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL DE MENORES</p>

### **A) OBJETIVO**

Definir o modo de atuação em caso de suspeita de abuso sexual de menores.

### **B) ÂMBITO**

Aplica-se aos Serviços de Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria do Centro hospitalar do Oeste

### **C) DEFINIÇÕES**

**Abuso Sexual Infantil:** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estado 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. Pode ir desde o importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras – as quais se encontram previstas e punidas pelo atual art.º 171 do Código Penal.

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**NHACJR** – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

**HbsAg** – antígeno de superfície do vírus da hepatite B

**Anti-Hbs** – anticorpo do vírus da hepatite B

**HCV** – Vírus da hepatite C

**VDRL** – Venereal Disease Research Laboratory

## D) DESCRIÇÃO

### *1 – Suspeita de abuso sexual – colher e registar os dados*

- Pediatra, Enfermeiro e Assistente Social
- De acordo com a Legislação em vigor – “Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”
- Registos na “Ficha de Sinalização”
- Os dados são fornecidos pelo menor ou acompanhante
- Devem registar-se datas, horas e estado emocional de ambos
- Contactar Assistente Social

### *2 – Realizar exame físico completo*

- Pediatra e Enfermeiro;
- Se a situação ocorreu há menos de 72 horas, não lavar nem dar banho, não despir, para que não sejam destruídas provas do eventual crime (esperma, sangue, cabelos, etc.), importantes para a comprovação do facto e identificação do agressor;
- No caso de necessidade de despir, fazê-lo para cima de um lençol, guardando roupa e lençol em sacos de papel, fechados com fita adesiva e devidamente identificados com o nome da criança, hora, data, na presença de testemunha – médico ou enfermeiro – cujo nome deve ser registado no processo clínico (ALERT);
- Se a situação ocorreu há mais de 72 horas, deve ser guardada a roupa que o menor usava à data da ocorrência, sem urgência de observação por médico legista;
- Se necessário, solicitar apoio da Ginecologia (orientação, tratamento, prevenção de gravidez, etc), Urologia, Ortopedia ou Cirurgia (lesões traumáticas e lacerações nas regiões perigenital e anal);
- Colheitas de sangue para VIH; HbsAg, Anti-Hbs, HCV, VDRL
- Colheita de urina para sumária e urocultura;
- Zaragatoas locais e secas: 1 vaginal, 1 vulvar, 1 anal, 1 boca (bochecha, céu da boca, língua, maxilar e gengiva); no caso de vestígios de sangue seco, usar zaragatoa seca com água destilada para dissolver a mancha de sangue;
- Se as evidências foram recolhidas à noite ou ao fim de semana, devem ficar acondicionadas em frigorífico, devidamente identificadas, até serem transportadas para o Gabinete de Medicina Legal;
- O transporte de amostras deve ser feito logo que solicitado pelo Ministério Público.

*3 – Solicitar ao Ministério Público observação urgente do menor por médico legista*

- Pediatra, Assistente Social

*4 – Internamento*

- Pediatra
- Ponderar as medidas adequadas para assegurar a proteção imediata da criança/jovem
- O menor está em perigo quando coabita com o agressor e não haja garantia de proteção no regresso a casa
- O menor deve ficar internado também quando a vinda ao Serviço de Urgência ocorreu de noite, fim-de-semana, ou se é trazido por terceiros
- Se recusa internamento, aplicar “Procedimento de Urgência” – art.º 91 da Lei 147/99
- Se necessário, contactar autoridades policiais

*5 – Contactar a Polícia Judiciária*

- Pediatra, Assistente Social
- Contacto telefónico

*6 – Contactar Gabinete de Medicina Legal*

*7 – Avaliação sociofamiliar*

- Assistente social
- Contacto com a comunidade

*8 – Envio de relatório/Ficha de Sinalização*

- Pediatra, Assistente Social
- Tribunal
- NHACJR
- CPCJ Caldas da Rainha

*9 – Observação pelo médico legista*

- Envio de relatório ao tribunal
- Médico legista

*10 – Atuação de acordo com decisão da CPCJ/Tribunal*

## **E) CONTACTOS**

- Instituto de Medicina Legal Leiria – 244870323
- Gabinete Medicina Legal Torres Vedras - 261311266
- CPCJ Caldas da Rainha – 262839725 / cpcj.cr@gmail.com
- PSP – 262870360
- GNR – 262830180
- Polícia Judiciária de Leiria - 244845200
- Tribunal Judicial da Comarca das Caldas da Rainha – S. central – 262840640

Elaborado por: Joana Gonçalves

1º CMESCJ – E.S.S.Santarém

Julho, 2013

## ANEXO VII – Ficha de sinalização

CENTRO HOSPITALAR OESTE



etiqueta

**CRIANÇA/ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO/PERIGO \***  
**FICHA DE SINALIZAÇÃO**

Data da sinalização: \_\_/\_\_/\_\_

Responsável pela sinalização: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos/meses  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Contactos: \_\_\_\_\_  
Acompanhante: \_\_\_\_\_  
Parentesco/relação: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_

**ENQUADRAMENTO DA SITUAÇÃO**

Admissão em \_\_/\_\_/\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_  
Motivo da admissão: \_\_\_\_\_

1 - Tipo de risco/mau trato		ANAMNESE	
Mau trato físico	<input type="checkbox"/>	Negligência grave	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Abandono afetivo/falta de vinculação	<input type="checkbox"/>	Perturbações do comportamento	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (confirmado)	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (suspeita)	<input type="checkbox"/>
Pré-delinquência/delinquência	<input type="checkbox"/>	Problema de saúde mental	<input type="checkbox"/>
Disfuncionalidade parental/familiar	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Munchausen	<input type="checkbox"/>
Outros _____			

\* todos os dados contidos neste relatório estão sujeitos a sigilo.



**5 - Dados relevantes relativos à família:**

---

---

---

---

**EXAME OBJETIVO**

**6 - Dados relativos à criança:**

Estado geral: Cuidado  Descuidado

Cuidados de higiene: Bons  Maus

Comportamento (alegre, triste, choroso, ausente, deprimido, brinca, ...): \_\_\_\_\_

**7 - Exames clínicos:**

**EXAME SOMÁTICO**

Des. estado-ponderal:

---

---

Des. Psico-motor:

---

---

---

Sinais externos de violência:

---

---

---

---

**EXAME PERINEAL**

Genitais:

leucorreia

lacerações/fissuras

equimoses

ruptura do hímen

edema da glândula

ruborização

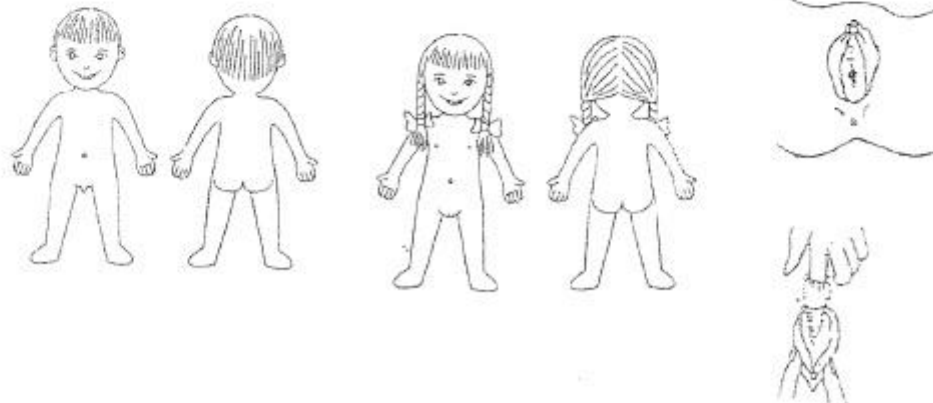
exsudado

queimaduras

Exame anal:

---

Esquema: assinalar no esquema as lesões observadas nos exames efetuados:



**EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

- RX: \_\_\_\_\_
- Análises: \_\_\_\_\_
- Colheitas: \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO E OBSERVAÇÕES**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTOS DE ENCAMINHAMENTO**

- |                                  |                          |   |                          |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Informação ao NHACJR do CHO      | <input type="checkbox"/> | Informação ao Serviço Social                | <input type="checkbox"/> |
| Internamento por motivos sociais | <input type="checkbox"/> | Internamento por motivos clínicos e sociais | <input type="checkbox"/> |
| Sinalização à CPCJ da área       | <input type="checkbox"/> | Encaminhamento para IML                     | <input type="checkbox"/> |
| Sinalização ao Tribunal          | <input type="checkbox"/> | Encaminhamento para consulta externa        | <input type="checkbox"/> |
| Outros: _____                    | <input type="checkbox"/> |   |                          |

## ANEXO VIII – Sinais e sintomas de maus-tratos

## SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AOS MAUS TRATOS EM GERAL

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

### *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  
Fatores de *stress* social graves  
Demora no recurso aos cuidados  
Justificação inconsistente com as lesões  
Promover dependência excessiva na criança  
Recusa ativa 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  
Deficiente higiene  
Desidratação ou má nutrição  
Envenenamento (especialmente se recorrente)  
Fraturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fraturas anteriores  
Fraturas das metáfises dos ossos longos (*corner fracture*)  
Fraturas das costelas – posterior ou lateral  
Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças «1 ano)  
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 objeto identificável)  
Lesões genitais  
Infeções de transmissão sexual  
Gravidez

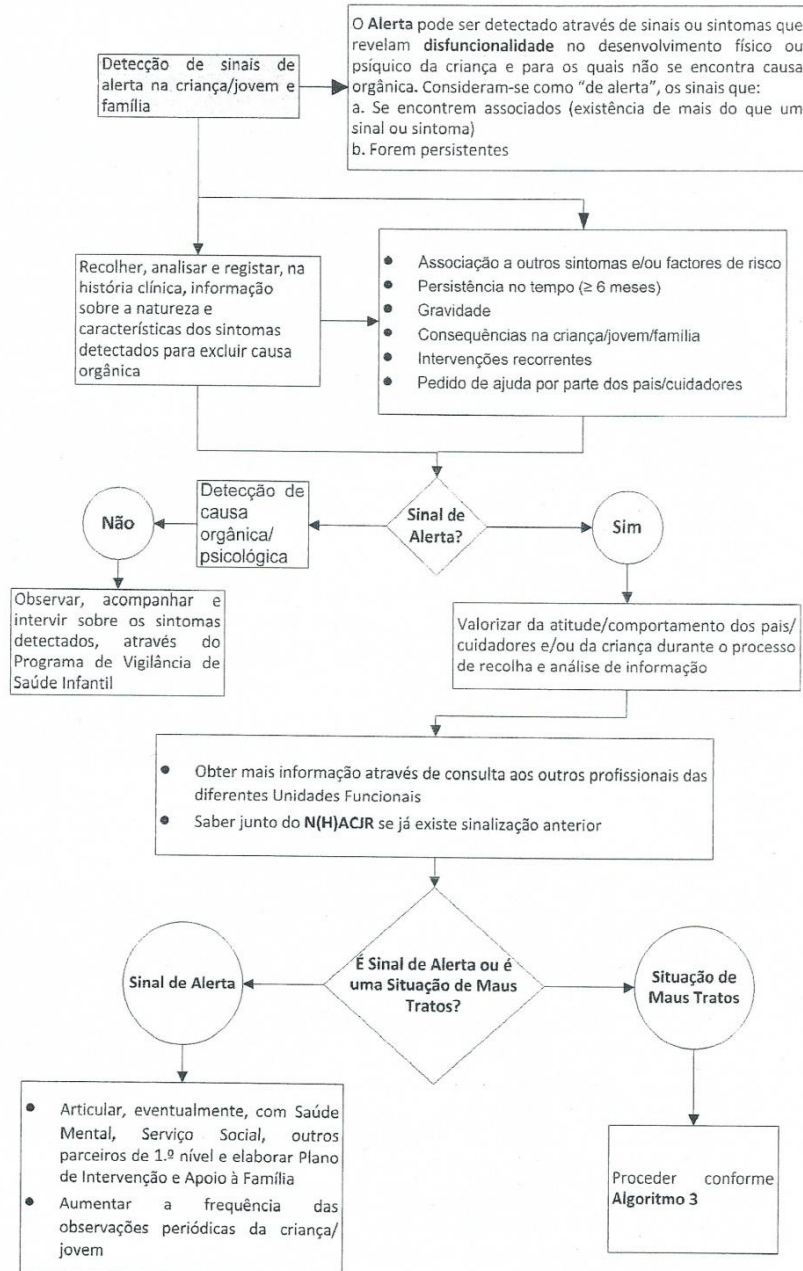
### *Sinais comportamentais e de desenvolvimento*

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 automutilação  
Comportamentos *sexualizados*  
Comportamento excessivamente responsável

Direção-Geral da Saúde (2008:46)

**ANEXO IX – Detecção de sinais de alerta de maus-tratos**

**Algoritmo : Detecção de sinais de alerta em Cuidados de Saúde Primários e em Meio Hospitalar**



Direcção-Geral da Saúde (2011:15)

ANEXO X – Projeto “Avaliação da Satisfação dos Clientes”

# AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES



CHO - SERVIÇO DE PEDIATRIA  
INTERNAMENTO

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM**  
**UNIDADE CURRICULAR**  
**ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM II E RELATÓRIO**



## **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES**

**CHO – SERVIÇO DE PEDIATRIA**  
**INTERNAMENTO**

Mestranda

Joana Gonçalves aluna nº110435007

Orientadora

Prof.ª Regina ferreira

Cooperante

Enf.ª Ana Guincho

Caldas da Rainha

Julho, 2013

## DEDICATÓRIA

A todas as crianças e famílias  
que são internadas no Serviço  
de Pediatria do CHO

## PENSAMENTO

“Não é o suficiente fazer o seu melhor, você deve saber o que fazer, e então fazer o seu melhor.”

W. Edwards Deming

## **CHAVE DE SIGLAS**

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CMESCJ – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da Republica

N(H)ACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

## **CHAVE DE ABREVIATURAS**

Enf.<sup>ª</sup> - enfermeira

Enf.<sup>º</sup> - enfermeiro

Prof.<sup>ª</sup> - professora

p. – página

n.<sup>º</sup> - número

art.<sup>º</sup> - artigo

<b>ÍNDICE</b>	<b>p.</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1 – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>8</b>
1.1 – QUALIDADE EM SAÚDE.....	8
1.2 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES.....	10
<b>1.3 – AS EVIDÊNCIAS .....</b>	<b>12</b>
<b>2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES.....</b>	<b>13</b>
<b>3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO .....</b>	<b>14</b>
<b>4 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>17</b>
ANEXO I – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes .....	18
ANEXO II – Instrução de Trabalho.....	22
ANEXO III – Plano de sessão de formação.....	25

## 0 – INTRODUÇÃO

A qualidade total em saúde implica compatibilizar e equilibrar as exigências, por vezes antagónicas ou conflituosas, entre as três diferentes dimensões de qualidade: qualidade para o cliente, qualidade profissional e qualidade de gestão. As tendências vão no sentido de considerar a satisfação dos clientes como uma área de investigação importante na avaliação da Qualidade de Cuidados prestados pelos sistemas de saúde e uma medida de resultados de cuidados de saúde (Qualidade para o cliente). O conceito de satisfação, por assim dizer, é uma avaliação subjetiva de diferentes vertentes, tais como o bem-estar. A satisfação pode contribuir decisivamente quer para a implementação, quer para a efetivação dos cuidados, já que a prestação dos mesmos implica um processo participativo, tanto do prestador como do cliente, e, face a isso, pode ser entendido como um julgamento deste face à qualidade dos cuidados recebidos.

«A monitorização do nível de satisfação dos utentes constitui um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde devem assegurar não apenas para a avaliação dos resultados mas pela importância de que se reveste e, sobretudo, pela oportunidade de melhoria contínua dos serviços que tal informação proporciona» (SERAPIONI, 2009, citado por PINTO; SILVA, 2013, p.96).

De facto, a avaliação da satisfação do cliente com os cuidados prestados deve ser tida como um ato normal e desejável, já que é através desta avaliação que se obtêm informações primordiais para planear, (re) orientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade do serviço, indo de encontro às suas necessidades e expectativas, sendo a intervenção a este nível pautada pelo Ciclo de Deming.

Para avaliar a satisfação é preciso ouvir as pessoas, saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão; é importante mobilizar o que se vai aprendendo com os pontos de vista, as perceções e as escolhas do cidadão, no sentido da introdução de medidas de mudança tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados.

É urgente e fundamental identificar o nível de satisfação e expectativas dos acompanhantes das crianças que utilizam os serviços de internamento pediátrico, no sentido de perceber e mensurar as necessidades de mudanças rumo à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Cabe ao enfermeiro, (OE, Regulamento n.º 122/2011), avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado. Para o operacionalizar, deve definir indicadores para medição válida da qualidade, em função das

necessidades, e aplicar instrumentos de avaliação de resultado, baseando a sua intervenção no reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das intervenções em relação aos seus resultados, avaliando a qualidade; partindo dos resultados, compete ao enfermeiro a implementação de programas de melhoria contínua.

Desta forma, inserido no período de ensino clínico do Estágio II e Relatório, e respondendo de alguma forma às necessidades identificadas no Serviço de Pediatria do CHO, surge o iniciar de um projeto no âmbito da Avaliação da Satisfação dos Clientes, com o objetivo de adequar a qualidade dos cuidados prestados à satisfação da criança/adolescente/família, através da implementação de estratégias de mudança.

Para o conseguir, definiram-se como objetivos específicos:

- Elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos clientes a aplicar no Serviço de Internamento de Pediatria do CHO;
- Elaborar a Instrução de Trabalho - “ Avaliação da Satisfação dos Clientes quanto ao Serviço de Internamento de Pediatria”;
- Apresentar o questionário e a Instrução de Trabalho à equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria do CHO, em Sessão de Formação;
- Sugerir a constituição de um grupo de trabalho para dar continuidade ao Projeto de Avaliação da Satisfação dos Clientes no Serviço de Internamento de Pediatria do CHO
- Refletir em equipa de enfermagem sobre a importância da avaliação da satisfação dos clientes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde

É certo que seis semanas é um período extremamente reduzido, não só para divulgação do projeto, como para implementação e produção de indicadores; daí a importância da constituição de um grupo de trabalho que dê continuidade ao projeto iniciado.

## 1 – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 - QUALIDADE EM SAÚDE

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (SATURNO *et al.* (1990), citados no PNS 2012-2016). Implica ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

A Qualidade em Saúde depende da intervenção dirigida: i) às estruturas de prestação de cuidados; ii) aos processos decorrentes da mesma; iii) aos resultados, (UK INTEGRATED GOVERNANCE HANDBOOK, 2006, citado no PNS, 2012-2016).

As perspetivas para a promoção da Qualidade em Saúde passam por favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade; implicam equacionar perspetivas para o seu aperfeiçoamento e implementação, e envolvem a promoção da cadeia de valor em saúde, entendida como os processos que conduzem a uma maior obtenção de ganhos, considerando o investimento feito (PORTER; TEISBERG, 2006, citados no PNS, 2012-2016).

A temática dos sistemas de qualidade na saúde emerge da reorganização dos modelos de gestão hospitalar, sendo vistos como uma ferramenta importante na nova estratégia adotada para a saúde, à luz da reforma da Lei da Gestão Hospitalar iniciada em 1997 e defendida pelo programa do XV Governo Constitucional. “O ministro considera a qualidade um conceito que deve ser mais valorizado na saúde do que noutras áreas, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós. (...) O ministro acredita que os profissionais vão ser motivados pela mudança organizacional que, por sua vez, tem de integrar o conceito de qualidade dos Sistemas de Gestão de Qualidade (SGQ)” (SANTOS, 2004).

O Instituto da Qualidade em Saúde, entidade integrante do Serviço Nacional de Saúde, dotado de autonomia científica e administrativa, promove a qualidade nas várias instituições sedimentando o conceito de qualidade e a sua operacionalidade no campo de trabalho, delineando um plano de qualificação a seguir (certificação/acreditação) e as instituições prioritárias. Porém, a introdução de sistemas de qualidade nas instituições é da responsabilidade das mesmas.

Segundo SANTOS (2004), “o conceito de qualidade aplica-se de forma transversal, desde o ato de atendimento - que é o primeiro embate do utente com a instituição - aos atos

praticados por todos os outros profissionais, sejam médicos, enfermeiros ou técnicos, à qualidade dos equipamentos e à sua performance.”

Deste conceito sobressai a importância da promoção de procedimentos, de monitorizar o nível da qualidade com que se prestam os serviços e, na perspectiva organizacional de garantir que a gestão se orienta por critérios de qualidade. Segundo este pressuposto certificar a qualidade pressupõe uma normalização e uma organização mais exigente face ao desempenho, incrementando na gestão das unidades de saúde, geridas como uma empresa e com alterações do modelo de financiamento, uma maior competitividade entre as instituições. Para PIRES (2004) “o sistema da qualidade é um subsistema da gestão porque atribui sistematicamente recursos e responsabilidades de modo a que a organização para a qualidade se torne viável, efetiva e competitiva”, coadunando, pelo seu dinamismo, os aspetos dos recursos humanos, organizacionais e técnicos.

São vários os fatores que contribuem para uma crescente atenção com a qualidade dos serviços de saúde: as preocupações com a «contenção de custos»; a maior atenção da população aos aspetos de qualidade; a qualidade é cada vez mais um fator de escolha; e, a alteração dos mecanismos de financiamento que, com a introdução do risco financeiro para os prestadores, tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade (LOPES et al., 2009).

Para TOMÁS; GONÇALVES, 2010, citados por PINTO; SILVA (2013, p.96),

Nos serviços de saúde, a qualidade é entendida como uma variável estratégica cujo âmbito permite compatibilizar a necessidade de melhoria com eficiência e depende do resultado de uma interação, ou seja, de uma relação singular onde é dada resposta às necessidades e expectativas dos utentes durante um processo interativo que ocorre desde a entrada até à saída da unidade de saúde. Uma estrutura de saúde em que prevaleça a qualidade deve ser capaz de gerir os recursos materiais e humanos de que dispõe, criar parcerias com os outros prestadores de serviços e satisfazer os seus colaboradores, só assim será capaz de gerar ganhos em saúde.

As definições mais recentes de qualidade nos serviços de saúde indicam que estes devem ir ao encontro das expectativas dos clientes, respondendo aos seus valores e preferências, sendo as suas opiniões um importante indicador de qualidade.

Nesta perspectiva, a satisfação do cliente é encarada como indicador de qualidade, na medida em que reflete a sua visão quer a nível das características do processo de que foi alvo como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas (SILVA et al., 2007; PINTO; SILVA, 2013, p.96).

“Um dos requisitos para a melhoria da qualidade dos cuidados é a contínua monitorização dos resultados, constituindo os utentes um contributo fundamental para a avaliação da qualidade dos cuidados” (FERREIRA, 1996 citado por SERAPIONI, 2009, e por

PINTO; SILVA, 2013, p. 96). Infere-se então que, tendo por base a perspectiva do cliente, a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente, eficaz e humanizada.

## 1.2 - SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

A satisfação dos utentes, nos seus vários indicadores, tem sido considerada uma condição imprescindível para uma prática de cuidados de qualidade. Identificar a satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos utentes e conhecer as suas expectativas quanto ao que vão encontrar, representa um desafio alargado para os profissionais de saúde. A toda uma equipa empenhada e imbuída de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas cabe não só a avaliação da satisfação dos utentes com os serviços de saúde, mas sobretudo o papel na melhoria contínua dos serviços através da consolidação que essa informação proporciona. (PINTO; SILVA, 2013, p.97)

A satisfação com os serviços é considerada uma medida importante de qualidade dos cuidados de saúde, pois ao cliente é atribuído um papel fulcral na avaliação dos cuidados a que é submetido. O conceito de satisfação assenta numa perspectiva multidimensional, envolve um conjunto de várias dimensões e condicionantes próprias. “O conceito de satisfação do utente surge como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos” (RIBEIRO, 2008, citado por PINTO; SILVA, 2013, p.97). MEISTER; BOYLE (1996) citados por PEDRO, FERREIRA; MENDES (2010, p.176), definem a satisfação do cliente como “a sua avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde que lhe foram prestados, podendo-se definir como o grau de congruência entre as expectativas do utente e a sua perceção da qualidade dos cuidados recebidos.” Assim, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a perceção dos serviços e as expectativas prévias.

Nesta perspectiva, “a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde” (SERAPIONI, 2009, citado por PINTO; SILVA, 2013, p.97).

Segundo JESUS (2005), citado por RIBEIRO (2008), e por PINTO; SILVA (2013, p.97), “a monitorização do nível de satisfação dos utentes constitui “um imperativo ético, moral e social que todos os intervenientes nos processos de saúde deveriam assegurar não apenas para a avaliação dos resultados em saúde, mas pela importância de que se reveste, e sobretudo pela oportunidade da melhoria contínua dos serviços que tal informação proporciona.”

As razões preconizadas por ARAGON; GESELL (2003) citados por PEDRO, *et al.* (2010, p.176) que esclarecem a importância da avaliação da satisfação dos clientes e consequentemente, a crescente implementação de programas com vista à promoção da sua satisfação nos hospitais são as seguintes:

- A constatação de que a satisfação dos clientes afeta significativamente a reputação dos hospitais na comunidade;
- A aceitação da satisfação dos clientes como uma importante medida da qualidade dos serviços prestados;

Desta forma, é possível inferir que a avaliação da satisfação dos clientes permite obter indicadores importantes para a implementação de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, apoiados pela opinião de quem recebe esses cuidados.

### 1.3 - AS EVIDÊNCIAS

Um estudo num hospital português, desenvolvido por PINTO; SILVA (2013), demonstra que, através da avaliação da satisfação dos clientes é possível melhorar a qualidade dos serviços prestados, ajudando a minimizar o *stress* e a fortalecer a humanização dos cuidados. Releva ainda a necessidade de monitorizar a satisfação e a qualidade dos serviços de saúde; a divulgação/informação sobre a não satisfação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todos os setores, sendo os utentes cada vez mais autónomos, responsáveis e proativos na posição que assumem quanto ao seu tratamento, com um grau de exigência cada vez mais diferenciado, com vista a atingir a excelência nos serviços de saúde.

Outro estudo desenvolvido entre 2000 e 2004, por PEDRO *et al.*, demonstra que o papel dos utentes é fundamental, sendo estes quem melhor conhece a realidade vivida nos hospitais. A sua opinião não pode ser descurada, sendo extremamente importante que os hospitais realizem periodicamente estudos de avaliação da satisfação dos seus utentes.

## **2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES**

O questionário elaborado encontra-se no Anexo I. A sua elaboração teve por base dois questionários em uso em dois serviços de internamento de pediatria do país. É composto por cinco grupos de questões fechadas, relativas à avaliação da satisfação face aos Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Instalações e outros aspetos gerais; uma questão fechada para apreciação global da satisfação face ao internamento e uma questão aberta com sugestões de melhoria. A sua aplicação encontra-se descrita na Instrução de Trabalho respetiva (Anexo II).

### **3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO**

A Instrução de Trabalho relativa à Avaliação da Satisfação dos clientes quanto ao Serviço de Internamento do Pediatría encontra-se em Anexo II. Tem como objetivo definir a metodologia a aplicar na avaliação da satisfação dos clientes quanto ao Serviço de Internamento de Pediatría. Foi apresentada à equipa multidisciplinar, com discussão e reflexão da importância da sua operacionalização, em sessão de formação (Plano da Sessão - Anexo III; Diapositivos de suporte – CD2).

#### **4 – CONCLUSÃO**

A elaboração do presente projeto de avaliação da satisfação dos clientes no Serviço de Pediatria surge da atual preocupação com o bem-estar do cliente, no sentido da adequação dos cuidados e dos próprios serviços de saúde tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A qualidade depende de todos nós; somente uma atuação conjunta e concertada de toda a equipa de saúde, encarando o cliente como o centro da mesma, conduz a uma intervenção de qualidade, holística, responsável e corresponsabilizando o cliente pela sua saúde e satisfação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª série – Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.**

DIÁRIO DA REPUBLICA, 2ª série – Regulamento n.º 123/2011, de 23 de Fevereiro, **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.**

PIRES, António Ramos (2004). **Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade**, Edições sílabo Lda, 3ª edição.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** (versão Resumo). Lisboa, Maio 2013, 111p.

SANTOS, Sandra (2004). **A Evolução da Gestão Hospitalar- o caso particular do Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA.** Publicações Instituto Politécnico da Guarda.

TOMÁS, A.; GONÇALVES, R. - Qualidade dos serviços de saúde: uma perspetiva integradora. **Ordem dos Enfermeiros.** Nº 35 (2010), p. 68-69.

PINTO, S.A.G.; SILVA, E.M.V.B. – Qualidade e Satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. **Revista de Enfermagem Referência.** Nº9, III série (2013), p.95-103.

PEDRO, S.; FERREIRA, P.L.; MENDES, J. – Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. **Encontros Científicos – Tourism & Management Studies.** Nº6 (2010), p. 175-189

## **ANEXOS**

## ANEXO I – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes

## Avaliação da Satisfação dos utentes/acompanhantes Serviço de Internamento de Pediatria

Temos como objetivo melhorar a prestação de cuidados à criança e família

Por favor, assinale com X a opção que melhor se adequa ao seu grau de satisfação/insatisfação.

Não há respostas certas nem erradas. É garantida a confidencialidade das suas respostas.

Depois de preenchido, coloque na caixa que se encontra à saída do serviço.

MÉDICOS				
	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1 - Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Clareza na informação que lhe foi transmitida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Informações acerca do estado de saúde do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Cuidados prestados ao seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Preocupação com o seu bem-estar e do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Alívio da dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Simpatia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENFERMEIROS				
	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1 - Acolhimento e integração no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Informações acerca do estado de saúde do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Preocupação com a relação mãe-filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Informação sobre alívio da dor ao seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Intervenção ao nível do alívio da dor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Ajuda e aconselhamento sobre cuidados ao seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Preocupação com o seu bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Preocupação com o bem-estar do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Simpatia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Informação fornecida na preparação da alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O questionário continua no verso da página.

**ASSISTENTES OPERACIONAIS**

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1 - Ajuda prestada quando solicitada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Preocupação com o conforto/bem-estar do seu filho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Simpatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INSTALAÇÕES**

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1 - Estado de conservação das instalações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Conforto das instalações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Equipamentos disponíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Sistema de segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Condições de higiene e limpeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OUTROS ASPETOS**

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1 - Horário das visitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Horário dos acompanhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Horário das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Cooperação da Educadora de Infância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


De um modo global, indique o seu grau de satisfação/insatisfação com a permanência no serviço:

- MUITO SATISFEITO
- SATISFEITO
- INSATISFEITO
- MUITO INSATISFEITO

SUGESTÕES DE MELHORIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A equipa do Serviço de Pediatria agradece a sua colaboração.

## ANEXO II – Instrução de Trabalho

 <p>SERVIÇO DE PEDIATRIA</p>	<b>INSTRUÇÃO DE TRABALHO</b>
	<b>AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES QUANTO AO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA</b>

### **1. Objetivo**

Definir a metodologia a aplicar na avaliação da satisfação dos clientes quanto ao Serviço de Internamento de Pediatria.

### **2. Âmbito**

Aplica-se ao Serviço de Internamento de Pediatria do CHO

### **3. Descrição**

#### **3.1 – Responsável**

- Enfermeiro
- Administrativo

#### **3.2 – Periodicidade**

A avaliação da satisfação é efetuada duas vezes por ano com início na primeira semana de Março e na primeira semana de Setembro, até perfazer a amostra definida.

#### **3.3 – Orientações quanto à execução**

##### **3.3.1 – Amostra**

- A amostra é composta por 10% do total de internamentos do ano civil anterior.

##### **3.3.2 – Aplicação do questionário**

O questionário “Avaliação da Satisfação dos Clientes quanto ao serviço de Internamento de Pediatria” é entregue pelo enfermeiro ao jovem/acompanhante no momento da alta;

- Critérios de aplicação: internamentos superiores ou iguais a dois dias;
- O enfermeiro explica que o questionário é anónimo e confidencial e esclarece eventuais dúvidas;

- O enfermeiro responsável pela criança/jovem entrega o questionário no dia da alta, esclarecendo eventuais dúvidas e informando que deve colocar o questionário preenchido na caixa destinada para o efeito.

### **3.4 – Tratamento dos dados**

Compete ao Administrativo:

- Recolher semanalmente os questionários, numerá-los e proceder ao seu arquivo em pasta definida.

Compete ao Enfermeiro/ Grupo de Trabalho:

- Tratamento e análise dos dados;
- Considerar os seguintes critérios de exclusão: questões com mais que uma avaliação, questões não respondidas;
- Elaboração de relatório anual que contemple:
  - ✓ Objetivo
  - ✓ Período de aplicação
  - ✓ Nº de sujeitos da amostra
  - ✓ Tratamento estatístico
  - ✓ Análise estatística
  - ✓ Sugestões de melhoria
  - ✓ Avaliar medidas implementadas na sequência das avaliações anteriores e da eficácia das ações de melhoria desenvolvidas
- Apresentação dos resultados à equipa em reunião.

Os questionários são arquivados numa pasta e guardados por um período de 2 anos.

Elaborado por:

Joana Gonçalves – 1º CMESCJ – E.S.S.Santarém

Julho, 2013

### ANEXO III – Plano de sessão de formação

## **PLANO DA FORMAÇÃO – Avaliação da Satisfação dos Clientes**

**Tema:** Avaliação da Satisfação dos Clientes/Acompanhantes internados no Serviço de Pediatria do CHO

**Formadora:** Joana Gonçalves – mestranda do 1º CMESCJ – E.S.S. Santarém

**População Alvo:** Enfermeiros do Serviço de Pediatria do CHO

**Data:** 04 e 11 de Julho de 2013 **Horário:** 14h40 – 15h

**Duração:** 20 minutos / dia

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria do CHO

### **Objetivos:**

- Perceber o projeto de avaliação de satisfação dos clientes;
- Perceber a forma de operacionalização da avaliação da satisfação dos clientes;
- Perceber a importância da avaliação da satisfação dos clientes para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Constituir um grupo de trabalho para dar continuidade ao projeto de avaliação da satisfação dos clientes no Serviço de Internamento de Pediatria do CHO.

**Indicador de Avaliação:** Percentagem de formandos que avaliem a sessão quanto à pertinência, conteúdo, metodologia e duração ao nível de Bom

ESTRUTURA DA SESSÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO	PRELETOR	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos intervenientes</li> <li>- Enquadramento do tema</li> <li>- Apresentação da estrutura do plano de formação: objetivos e métodos</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power-Point)	2 minutos	Mestranda	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade em saúde</li> <li>- Satisfação dos clientes</li> <li>- Evidências</li> <li>- Questionário de avaliação da satisfação dos clientes</li> <li>- Instrução de trabalho – avaliação da satisfação dos clientes</li> </ul>	Expositivo	Projetor de vídeo (Power- Point)	15 minutos	Mestranda	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntese e avaliação</li> <li>Entrega de informação complementar</li> </ul>	Participativo	Questionário Projetor de vídeo (Power- Point)	3 minutos	Mestranda	

CD1 – “Nascer Prematuro” – Álbum digital

CD2 – Diapositivos das sessões de formação