INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Negligência Infantil: Contributo(s) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção, identificação e encaminhamento

Vanessa Sofia Moreira da Palma

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Negligência Infantil: Contributo(s) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção, identificação e encaminhamento

Vanessa Sofia Moreira da Palma

Orientação: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Beja, 2021

Negligência Infantil: Contributo(s) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prevenção, identificação e encaminhamento

Vanessa Sofia Moreira da Palma

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Mestre e Especialista Marta Sofia Inácio Catarino

Orientador: Mestre e Especialista Maria Gabriela do Nascimento Martins Cavaco Calado

17 de Novembro de 2021

"Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda"

Raf Cavoukian, O Começo da Vida

AGRADECIMENTOS

Como nenhuma meta se alcança sem o envolvimento de uma equipa, quero expressar a minha sincera gratidão…

À Professora Coordenadora Gabriela Calado pelo seu apoio, encorajamento e orientação imprescindíveis em todas as etapas deste percurso.

Às enfermeiras supervisoras clínicas, Enfª Glória, Enfª Paula, Enfª Rosalina e Enfª Joana, pela disponibilidade, acolhimento e partilha de conhecimentos e experiências que enriqueceram esta caminhada.

À minha família pelo amor, compreensão, suporte e confiança, acreditando em mim mesmo quando eu própria duvidava.

Aos meus amigos por todas as palavras de incentivo, pela cumplicidade e companheirismo.

Às minhas colegas de trabalho pela ajuda, motivação e compreensão em todos os momentos.

Aos colegas com quem tive o privilégio de percorrer este Mestrado, pelas partilhas e por todas as conquistas que alcançámos juntos.

RESUMO

Os maus-tratos infantis, fenómeno complexo e multifacetado, tem efeitos nefastos no desenvolvimento biopsicossocial e afetivo das vítimas, tornando-se fulcral sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a sua prevenção, identificação e encaminhamento, atuando com rapidez e prontidão no planeamento de intervenções focadas no bem-estar e segurança infantil.

Enquadrado na linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida", o projeto de intervenção realizado teve como objetivo promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, seguindo a metodologia de projeto e sendo transversal a diferentes contextos da prática clínica.

Este projeto de intervenção, sustentado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, fundamentou-se, também, nos conceitos que edificam a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica como os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados.

Dada a importância crescente atribuída ao bem-estar e segurança das crianças/jovens perante situações de vulnerabilidade, o desenvolvimento deste projeto permitiu aumentar a capacitação das crianças/jovens, famílias e dos enfermeiros relativamente à promoção da saúde deste grupo populacional, através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados. A implementação deste projeto de intervenção contribuiu, também, para uma maior consciencialização dos enfermeiros relativamente ao seu papel e responsabilidade perante estas situações.

No presente relatório consta o percurso de prática clínica percorrido para aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as Competências de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Negligência Infantil; Prevenção, identificação, encaminhamento.

ABSTRACT

Child maltreatment,a complex and multifaceted phenomenon, has disastrous effects on the biopsychosocial and affective development of victims, making it essencial to sensitize and train nurses for its prevention, identification and referral, acting quickly and promptly in planning focused interventions on child welfare and safety.

Framed in the line of research "Safety and Quality of Life", the intervention project carried out aimed to promote the safety of children/young people through the prevention, identification and referral of situations of child neglect, following the project methodology and being transversal to different contexts of clinical practice.

This intervention project, supported by Nola Pender´s Health Promotion Model, was also based on the concepts that build the philosophy of pediatric nursing care, such as family-centered care and care partnership.

Given the growing importance given to the well-being and safety of children/youths in situations of vulnerability, the development of this project allowed to increase the training of childre/youths, families and nurses regarding the health promotion of this population group, through prevention, identification and referral of child neglect situations, contributing to the improvement of care provision. The implementation of this intervention project also contributed to a greater awareness of nurses regarding their role and responsibility in these situations.

This report contains the path of clinical practice followed for the acquisition and develompment of Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and the Master´s Skills.

Keywords: Child and Pediatric Health Nursing; Child neglect; Prevention, identification, referral.

ÍNDICE DE ANEXOS

Pg.

ANEXO 1 - Certificado de Participação no Webinar: "Maus tratos na infância e juventude: vítimas silenciosas"……106

ÍNDICE DE APÊNDICES

Pg.

APÊNDICE I - Cronograma do projeto de intervenção……109

APÊNDICE II- Planeamento do projeto de intervenção……112

APÊNDICE III- Resumo do Artigo de Revisão Sistemática da literatura " Minimizar o Risco de Maus-tratos Infantis durante a Pandemia COVID-19 – Intervenções de Enfermagem ……116

APÊNDICE IV- Quadro "Direitos das crianças" (CEP) ……119

APÊNDICE V- Registo Fotográfico da Exposição de Desenhos no Dia da Comemoração dos Direitos das Crianças (CEP)…… ……121

APÊNDICE VI- Poster "Direitos das Crianças" (SIP)……123

APÊNDICE VII- Poster "Sinais de Alarme: Como Denunicar" (SIP) ……125

APÊNDICE VIII- Divulgação do Filme "Preparar a Alta do Bebé" (UCIN)……..127

APÊNDICE IX- QRCode de acesso ao Filme "Preparar a Alta do Bebé" (UCIN)……..129

APÊNDICE X- Protocolo de Intervenção "Maus-Tratos em Crianças e Jovens no Serviço de Urgência"…….....131

ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

art.º - artigo

et al. – e colaboradores

n.º - número

Pg. – página

Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychological Association

APAV – Associação de Apoio à Vítima

CEP – Consulta Externa de Pediatria

CNPDPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

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

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SMINP – Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UONIE – Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos

ÍNDICE

Pg.

INTRODUÇÃO……11

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO……14

1.1. A Problemática dos Maus-Tratos Infantis……14

1.1.1. Negligência infantil……17

1.1.2. A negligência infantil em tempos de pandemia……22

1.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender……24

1.3. Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre na Prevenção, Identificação e Encaminhamento de Situações de Negligência Infantil……28

2. PERCURSO FORMATIVO……36

2.1. Enquadramento do Projeto de Intervenção: A Transversalidade da Problemática aos Diversos Contextos de Prestação de Cuidados ……36

2.1.1. Consulta Externa de Pediatria……37

2.1.2. Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica……41

2.1.3. Serviço de Urgência Pediátrica……46

2.1.4. Serviço de Internamento de Pediatria……52

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO……58

3.1. Metodologia de Trabalho de Projeto……58

3.2. Diagnótico de Situação……59

3.3. Objetivos do Projeto……63

3.4. Planeamento do Projeto……64

3.5. Execução do Projeto……66

3.6. Avaliação do Projeto……72

4. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA……75

4.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista……76

4.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica……84

4.3. Competências de Mestre em Enfermagem……91

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS……93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS……97

ANEXOS……105

APÊNDICES……108

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge integrado no plano de estudos do 2º ano do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e reflete o percurso formativo desenvolvido ao longo das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final. Este relatório tem como objetivos descrever o projeto de intervenção desenvolvido, analisar criticamente o percurso desenvolvido no decorrer das unidades curriculares supramencionadas e refletir sobre a aquisição e consolidação de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre.

Os estágios realizados decorreram em contexto hospitalar, em Consulta Externa de Pediatria, no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica, no Serviço de Urgência Pediátrica e no Serviço de Internamento de Pediatria. O tema do projeto de intervenção desenvolvido incluiu-se na linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida" e centrou-se nos contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil. O objetivo geral definido para o presente projeto foi promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, sendo desenvolvido no decorrer da prestação de cuidados nos diferentes contextos já mencionados. A construção do projeto de intervenção seguiu a metodologia de projeto, que se centra, segundo Ruivo et al. (2010), na resolução de um problema identificado num contexto real social e que motiva a preocupação. Através da sua análise e investigação prepara-se e delineia-se um plano de trabalho, orientado para alcançar a mudança (Ruivo et al., 2010). A pesquisa bibliográfica e a consulta nas bases de dados científicas foram ferramentas essenciais na atualização de conhecimentos e na busca da mais recente evidência científica.

Os maus-tratos são considerados um problema de saúde pública que afeta toda a população a nível mundial, particularmente os grupos populacionais de maior vulnerabilidade, como as crianças e jovens, tendo consequências nefastas no crescimento, desenvolvimento,

saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos mesmos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008).

A negligência infantil constitui o tipo de mau-trato prevalente na sociedade atual sendo que, de acordo com o Relatório Anual de Atividades das Comissões de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ), foram comunicadas cerca de 11955 situações de negligência no ano de 2020, denotando-se uma subida na denúncia destas situações relativamente ao ano anterior (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPCJ], 2020).

Durante a pandemia por COVID-19, situação vivenciada há mais de um ano, a violência contra as crianças aumentou, já que se encontram potenciados os fatores de risco de violência, abuso e negligência em situação de confinamento e, por outro lado, a maioria dos recursos de apoio da comunidade estão com as suas intervenções dificultadas devidos às medidas implementadas para controlo da pandemia (Seddighi et al., 2020). Esta situação leva a um aumento da probabilidade da ocorrência de situações de maus-tratos infantis, num momento em que as crianças/jovens são menos visíveis para os indivíduos e profissionais que normalmente estão envolvidos na sua proteção, e os serviços de bem-estar infantil e familiar estão sobrecarregados ou interrompidos (Seddighi et al., 2020).

A pandemia por COVID-19, resultou, assim, numa crise dos direitos das crianças, com consequências imediatas e a longo prazo, que se devem acautelar, importando, por isso, reforçar o direito de todas as crianças crescerem em ambientes seguros e protetores (UNICEF, n.d.).

A negligência contra as crianças e jovens é uma das formas de violência mais grave, devido ao elevado número de crianças/jovens que vivenciam estas situações e também pelas marcas negativas que deixa. Devido à vasta heterogeneidade de práticas de negligência infantil possíveis existe uma grande dificuldade entre pesquisadores e profissionais na caracterização destas situações, constituindo, esse facto, um obstáculo no delineamento de programas de prevenção, identificação e encaminhamento destes crimes (Pasian, 2013).

Os profissionais de saúde, especialmente os EEESIP, pelo contacto privilegiado com as crianças/jovens, devem ser entendidos como entidades fundamentais na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de maus-tratos, nomeadamente de negligência infantil (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011).

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido, para além da introdução, em mais 5 capítulos. O capítulo posterior à presente introdução diz respeito ao enquadramento teórico, onde se justifica a escolha do tema, com a realização de uma revisão da literatura que permitiu desenvolver os fundamentos teóricos essenciais e compreender o "estado da arte" relativamente ao assunto vigente, dando principal ênfase ao papel do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, assim como uma descrição do modelo teórico que sustentou e orientou o pensamento crítico e reflexivo. Seguidamente, consta o capítulo referente ao percurso formativo onde foi explanada uma breve caracterização dos campos de estágio e das atividades desenvolvidas, nos diferentes contextos de prestação de cuidados. No capítulo subsequente, intitulado Projeto de Intervenção, realizou-se uma descrição de todo o desenvolvimento do projeto de intervenção, formalizando ordenadamente as suas etapas e contextualizando-as ao longo dos estágios. Posteriormente consta a análise reflexiva do desenvolvimento de competências de Mestre e competências comuns e específicas do EEESIP, com base nos objetivos delineados. O relatório termina com a apresentação das considerações finais, onde são analisados os objetivos traçados bem como o impacto da realização do trabalho no desenvolvimento académico, pessoal e profissional e os projetos futuros ambicionados.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com a Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA, 2020) 7ªedição e respeitando o acordo ortográfico em vigor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os maus-tratos infantis constituem um problema mundial de uma complexidade inigualável, não só pelas consequências avassaladoras que provocam nas suas vítimas, mas também pela dificuldade que acarretam aos profissionais de saúde no sentido da sua prevenção, identificação e encaminhamento. Atendendo à grandeza deste fenómeno, considera-se fulcral a clarificação dos conceitos considerados pertinentes para o desenvolvimento de um leque de conhecimentos teóricos que possibilitam uma maior compreensão do problema em causa, já que a fundamentação teórica é a linha norteadora e a base consistente do percurso académico e, consequentemente, da prática clínica.

1.1. A Problemática dos Maus-Tratos Infantis

Os maus-tratos são considerados um problema de saúde pública que afeta toda a população a nível mundial, particularmente os grupos populacionais mais vulneráveis como as crianças e jovens, e têm repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade (DGS, 2008).

Embora seja considerado um tema cada vez mais atual, os maus-tratos a crianças e jovens estão longe de ser um problema recente, acompanhando toda a história da Humanidade.

Em Portugal, o fenómeno dos maus-tratos infantis assumiu maior relevância na década de oitenta, sendo ratificada a 20 de novembro de 1990 a "Convenção sobre os Direitos da Criança", considerado, esse feito, um marco histórico no reconhecimento da vulnerabilidade e necessidade de proteção da criança/jovem, garantindo o respeito pelos seus direitos fundamentais e responsabilizando a família pelos seus cuidados e proteção (UNICEF, 2019).

Em 1999 foi redigida a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo que permitiu uma nova abordagem à problemática dos maus-tratos infantis, tanto em termos preventivos

como interventivos, garantindo a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em perigo, bem como o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Assembleia da República, 1999).

Apesar de cada vez mais incluída e penalizada pela lei, a violência contra crianças e jovens foi, e continua a ser, um dos mais graves, complexos e dolorosos problemas sociais do mundo e, pela sua complexidade, não existe uma definição universal, definitiva e terminada do conceito de maus-tratos infantis.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) o conceito de maus-tratos abrange todos os atos de abuso ou negligência que ocorram a crianças menores de 18 anos, incluindo todos os tipos de violência física, emocional, abuso sexual, negligência e exploração comercial, que provoquem um dano real ou potencial na saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança/jovem, baseados numa relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Segundo Leça et al. (2011, p.7) maus-tratos a crianças e jovens entendem-se como "qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima", englobando uma multiplicidade de situações que resultam de uma combinação entre diferentes fatores (de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida) que interagem entre si.

Os fatores de risco referem-se a variáveis físicas, psicológicas e socais da criança/jovem, da família e do contexto de vida, que aumentam a probabilidade da ocorrência ou manutenção de situações de maus-tratos (Leça et al., 2011).

Os fatores de proteção incluem variáveis físicas, psicológicas e sociais da criança/jovem, da família e do contexto de vida, que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, amenizando ou removendo o impacto dos fatores de risco (Leça et al., 2011).

Os fatores de agravamento/crises de vida são acontecimentos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem e família, que alteram a dinâmica entre os fatores de risco e de proteção e podem despoletar a ocorrência de situações de maus-tratos infantis (Leça et al., 2011).

Os maus-tratos são, assim, resultado de diversas variáveis que atuam tanto na criança/jovem como na sua família, nas suas relações, na comunidade e na cultura em que se inserem, não existindo um conjunto de consequências típicas e universais que se manifestem, invariavelmente, em todas as situações de maus-tratos (APAV, 2011).

Existem, por isso, uma diversidade de situações que consubstanciam a prática de maus-tratos infantis, podendo apresentar diferentes formas clínicas, nomeadamente situações de negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos/emocionais e Síndroma de Munchausen por Procuração (Leça et al., 2011).

As diversas formas de violência atingem perto de 1 bilião de crianças em todo o mundo, estimando-se que 1 em cada 2 crianças/jovens, entre os 2 e os 17 anos, sofre algum tipo de maus-tratos a cada ano (OMS, 2020). Globalmente, ocorrem, em média, 40150 mortes em crianças/jovens, menores de 18 anos, vítimas de homicídio, algumas das quais resultantes de situações de maus-tratos infantis (OMS, 2020). Na Europa, 1 em cada 5 crianças/jovens é vítima de maus-tratos (Council of Europe, 2021). A nível a nacional, 1841 crianças e jovens foram acompanhados pela APAV no ano de 2020 após sofrerem algum tipo de violência (APAV, 2020). Dos casos de maus-tratos infantis denunciados à APAV no mesmo ano, em 8,3% dos crimes o autor era pai/mãe da vítima, sendo o local do crime mais frequente (54,1%) a residência comum da vítima e autor (APAV, 2020). De acordo com o Instituto de Apoio à Criança (IAC, 2021) o número de apelos realizados através da linha SOS-Criança aumentou abruptamente no ano 2020, atingindo um total de 2268 denúncias, denotando os eventuais efeitos da vivência da pandemia COVID-19.

Os maus-tratos a crianças e jovens não têm consequências apenas a curto prazo, os efeitos a longo prazo afetam o desenvolvimento global da criança/jovem, com impacto na

família e na comunidade envolvente. As crianças que sofrem maus-tratos hoje, serão adultos com potenciais problemas de adaptação e de comportamento (Coutinho et al., 2013).

1.1.1. Negligência infantil

A negligência infantil constitui o tipo de maus-tratos prevalente na sociedade atual sendo que, de acordo com o Relatório Anual de Atividades das CPCJ (CNPDPCJ, 2020), foram comunicadas cerca de 11955 situações de negligência no ano de 2020, dos 41337 apelos realizados. As formas de negligência infantil mais referidas nas denúncias dizem respeito à exposição a comportamentos que comprometem o bem-estar ou desenvolvimento da criança (25%) e a falta de supervisão e de acompanhamento familiar (21%) (CNPDPCJ, 2020).

As situações de negligência infantil são transversais a todas as idades, podendo ocorrer desde o nascimento e estender-se até à adolescência, sendo que, cerca de 70% das situações de negligência infantil comunicadas, no ano 2020, se situam na faixa etária entre os 6 e os 17 anos (CNPDPCJ, 2020). Assim, de acordo com o Relatório Anual de Atividades das CPCJ de 2020, desde o nascimento até aos 2 anos foram reportadas 2402 situações de negligência infantil, na faixa etária dos 3 aos 5 anos identificaram-se 2006 casos de negligência e entre os 6 e os 10 anos cerca de 3747 crianças foram negligenciadas (CNPDPCJ, 2020). Segundo o mesmo relatório, entre os 11 e os 14 anos foram identificadas 2481 situações de negligência infantil e no grupo referente aos adolescentes (entre os 15 e os 17 anos) foram reconhecidas 722 práticas negligentes (CNPDPCJ, 2020).

A negligência infantil caracteriza-se pela incapacidade de proporcionar à criança/jovem a satisfação das suas necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, imprescindíveis para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (Leça et al., 2011). É uma situação continuada no tempo, e pode ser denominada de negligência ativa, se existe intenção de causar dano à criança/jovem, ou passiva, se resulta de uma

incapacidade ou incompetência dos pais ou cuidadores para assegurar a satisfação das necessidades (Leça et al., 2011). A negligência configura-se, assim, quando os pais/cuidadores não têm vontade/disposição ou capacidades requeridas para cuidar da criança/jovem e, dessa forma, acabam por responder inadequadamente às necessidades de seus filhos e não solicitam ou não conseguem aproveitar a ajuda de outras pessoas que poderiam/deveriam ajudar (Pasian, 2013).

Este tipo de violência infantil pode assumir diversas formas, nomeadamente do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, podendo ainda referir-se a situações de abandono temporário ou permanente, causando sequelas diferentes consoante o tipo de negligência e a idade da criança/jovem negligenciada (DGS, 2008).

Quanto à negligência física, esta acontece quando ocorre uma incapacidade de os cuidadores responderem às necessidades básicas da criança ou jovem ao nível da alimentação, sono, higiene, acesso aos cuidados de saúde, vestuário, segurança, proteção e educação, colocando em causa o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (APAV, 2011). Consideram-se negligência física as situações de ausência de estimulação de hábitos alimentares na criança ou jovem, a ausência de cuidados de higiene, a utilização de roupas sujas ou inapropriadas à estação do ano e o desinvestimento nos cuidados de saúde da criança ou jovem, nomeadamente o atraso no Plano Nacional de Vacinação ou a não comparência às consultas de vigilância infantil (APAV, 2011). É também considerada prática de negligência física sempre que há uma ausência de supervisão ou supervisão inadequada da criança/jovem expondo-a a situações, contextos, objetos e /ou substâncias perigosas, e a permissividade perante absentismo escolar ou não investimento face a dificuldades de aprendizagem e/ou necessidades educativas (APAV, 2011). Relativamente à negligência emocional/psicoafectiva, esta diz respeito à omissão persistente, por parte dos cuidadores, de responsividade, interesse, afeto e amor pela criança ou jovem, nomeadamente situações de ausência de manifestações de afeto e carinho, desinteresse/ausência de resposta dos cuidadores perante expressões de afetividade da criança/jovem, desatenção face às dificuldades emocionais da criança/jovem, desconhecimento das sua características e desinteresse e desresponsabilização pelos seus gostos e atividades (APAV, 2011). Consideram-se, também, situações de negligência infantil

quando ocorre uma falha na supervisão do cuidador, não garantindo a segurança das crianças/jovens dentro ou fora de casa (Leeb et al., 2008). Incluídas nestas práticas estão as situações em que a criança/jovem está exposta a perigos desnecessários, bem como as situações em que ocorre uma falha intencional na proteção da criança/jovem e a exposição a ambientes violentos (Leeb et al., 2008).

De acordo com a CPCJ, a exposição a comportamentos que podem comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança/jovem é a forma de negligência infantil mais frequente ocorrida no ano de 2020, representando cerca de 3026 situações identificadas (CNPDPCJ, 2020). Foram, ainda, denunciadas no mesmo ano, 2540 situações de falta de supervisão e acompanhamento familiar, cerca de 1094 situações que consubstanciam prática de negligência grave e 841 situações de negligência ao nível educativo (CNPDPCJ, 2020). As situações de negligência ao nível da saúde representam 827 situações comunicadas (CNPDPCJ, 2020). As práticas de consumo de álcool e estupefacientes abrangem 1361 situações notificadas e a negligência ao nível psicoafectivo perfaz um total de 653 situações (CNPDPCJ, 2020). As restantes práticas denunciadas são referentes a situações de negligência face a comportamentos da criança/jovem (136), crianças ao cuidado de terceiros concomitantemente com o não exercício pelos pais das suas funções parentais (312) e situações de prostituição (63) (CNPDPCJ, 2020).

Embora consista no tipo de violência infantil mais reportado, é também o mais "negligenciado" pela sociedade e pelos profissionais de saúde, comparativamente a outras formas de maus-tratos mais facilmente identificáveis, já que a sua prática pode não deixar marcas visíveis no corpo da criança/jovem e pode ser, facilmente, confundida com outras situações temporárias, proporcionando a sua repetição e agravando as suas consequências (Camilo & Garrido, 2013).

Existem, no entanto, sinais e sintomas que evidenciam uma disfuncionalidade no desenvolvimento físico ou psíquico da criança/jovem e para os quais não se encontra uma causa orgânica, denominados sinais de alerta (Leça et al., 2011). Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade aumentada da ocorrência de maus-tratos e implicam a necessidade de uma análise detalhada e consequente intervenção (Leça et al., 2011). Assim,

alguns dos indicadores de negligência infantil mais frequentes pretendem-se com a carência de higiene, a utilização de vestuário desadequado à estação do ano ou lesões resultantes da exposição a climas adversos, a inexistência de rotinas de alimentação ou de sono/vigília, hematomas ou outras lesões corporais inexplicáveis ou acidentes frequentes resultantes da falta de supervisão em situações perigosas (Leça et al., 2011). As perturbações do desenvolvimento e das aquisições sociais nomeadamente da linguagem, motricidade ou socialização, e que não são devidamente acompanhadas, o incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Plano Nacional de Vacinação, crianças/jovens com doenças crónicas e sem a devida vigilância ou acompanhamento e intoxicação ou acidentes de repetição são também considerados indicadores de negligência infantil (Leça et al., 2011).

A prática de negligência acarreta consequências que se manifestam em diversos níveis do desenvolvimento infantil, sendo que, a sua gravidade a longo prazo varia de acordo com o tipo e a duração dos maus-tratos, o grau de negligência, a idade em que ocorrem estas situações, o nível de desenvolvimento da criança/jovem e o grau de parentesco entre ela e o agressor (APAV, 2011).

De acordo com Reis (2009), o desenvolvimento de um padrão de vinculação desorganizado, défices no desenvolvimento intelectual, cognitivo, social, físico e sexual da criança/jovem, dificuldades emocionais, baixa autoestima e problemas interpessoais tanto no contexto escolar como familiar, são algumas das consequências deste tipo de maus-tratos. Corroborando a mesma ideia, Fariña et al. (2000) defendem que uma criança/jovem negligenciada apresenta, frequentemente (devido à alimentação e higiene deficitárias), alterações metabólicas, hepáticas ou gastrointestinais, diminuição do sistema imunitário e, consequentemente, maior propensão para qualquer tipo de doenças. A negligência acentua, ainda, a possibilidade de acidentes domésticos, com consequências físicas semelhantes às do abuso físico (Fariña et al., 2000). A nível psicológico, emocional e afetivo, os mesmos autores referem que as consequências da negligência apresentam efeitos mais visíveis no desenvolvimento das relações de vinculação entre pais e filhos, bem como propiciam o desenvolvimento de transtornos do comportamento, depressão infantil, baixa autoestima,

tristeza, ideação suicida e dificuldades no estabelecimento de relações sociais (Fariña et al., 2000).

De acordo com Crittenden (1985), a prática de negligência física tem um efeito prejudicial maior nas crianças da faixa etária mais baixa, nomeadamente crianças em idade pré-escolar, do que nos adolescentes, muito provavelmente por este último grupo populacional apresentar maior capacidade para satisfazer as suas próprias necessidades físicas. As crianças vítimas de negligência física tendem a afastar-se mais dos colegas e da sociedade em geral, denunciando um comportamento de maior isolamento e desmotivação face às vivências do dia-a-dia (Crittenden, 1985; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984; Polansky et al., 1975).

Uma vez que o desenvolvimento intelectual das crianças/jovens depende, em grande medida, da qualidade da interação entre pais e filhos, pais negligentes representam um impedimento direto a este desenvolvimento, já que apresentam baixas expectativas relativamente aos filhos e uma reduzida interação com os mesmos (Kurtz et al., 1993). A diminuta expectativa dos pais face ao desenvolvimento e desempenho dos filhos gera desmotivação das crianças/jovens para a aprendizagem e, consequentemente, uma estimulação linguística pobre, o absentismo na participação das atividades escolares e uma não responsabilização dos pais pelo desempenho das crianças/jovens, condicionando, assim, negativamente o sucesso escolar (Kurtz et al., 1993). Os défices de linguagem apresentados pelas crianças/jovens negligenciadas, bem como as dificuldades na comunicação com os outros, podem ser consequência do ambiente linguístico e afectivo extremamente desorganizado que vivem no seio das famílias negligentes, e também pelo facto destas famílias despenderem pouco tempo em conversações e diálogos com as crianças/jovens (Beeghly & Cicchetti, 1994).

Se a criança/jovem sofre de um suporte afetivo inadequado, pode traduzir-se em socialização desajustada no lactente, hiperatividade e agressividade em crianças em idade pré-escolar, controlo dos esfíncteres inadequado e baixo rendimento na criança em idade escolar, comportamentos de risco como toxicodependência ou alcoolismo nos adolescentes e, quando adultos, desenvolvimento de atitudes negligentes para com os filhos (DGS, 2008).

Essas numerosas consequências negativas geradas pela negligência tornam patente a necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção que propiciem, por um lado, a identificação precoce de crianças/jovens que vivem situações de negligência e que, posteriormente, amenizem ou erradiquem os seus efeitos nefastos, assim como, por outro lado, alterem o contexto onde a criança/jovem se insere (Pasian, 2013).

A negligência contra as crianças e jovens é uma das formas de violência mais grave, tanto pelo número de vítimas que faz, como pelas sequelas negativas que deixa, existindo uma grande dificuldade entre pesquisadores e profissionais na caracterização destas situações, pela heterogeneidade das práticas associadas à negligência, sendo que isso se reflete como obstáculo no delineamento de programas de prevenção, identificação e encaminhamento destes crimes (Pasian, 2013).

1.1.2. A negligência infantil em tempos de pandemia

A pandemia COVID-19, com início em março de 2020 e que se mantém até à atualidade, tem tido um impacto devastador em todo o mundo, exigindo da população uma adaptação constante a novas realidades. A vivência desta situação pandémica alterou a forma como as pessoas se relacionam, interferiu em rotinas diárias, gerou sentimentos de ansiedade, stress, preocupação, medo e raiva tanto de pais/cuidadores como de crianças/jovens (Centro Hospitalar Baixo Vouga, 2020). A pandemia criou, também, instabilidade financeira pessoal e global, agravou dinâmicas relacionais potencialmente disfuncionais, gerou dificuldades de comunicação e despoletou, direta ou indiretamente, atos de violência (Centro Hospitalar Baixo Vouga, 2020).

Os meios de comunicação social apontam um aumento da violência doméstica e da violência contra as crianças/jovens durante a pandemia, já que os fatores de risco de violência, abuso e negligência estão aumentados perante um confinamento (Seddighi et al., 2020). O

aumento da pobreza e da insegurança alimentar devido à perda de emprego e, consequentemente, de rendimentos, a incapacidade das crianças/jovens acederem a educação presencial ou online, o aumento da atividade digital das crianças e jovens e uma diminuição na supervisão dessa atividade, aumentando, assim, a exposição aos riscos digitais são alguns dos fatores apontados como potenciadores do aumento de situações de negligência infantil (Seddighi et al., 2020). Também a ausência de refeições nutritivas anteriormente fornecidas por escolas e programas de assistência, a rutura das redes de apoio social e a interrupção dos serviços de apoio da comunidade como os serviços de saúde e de suporte social, a quebra nas rotinas das crianças/jovens e cuidadores e o aumento do uso, por jovens e pais, de álcool e/ou de outras substâncias tóxicas são considerados fatores de risco apontados como potenciadores de situações de negligência infantil (Seddighi et al., 2020). Todo e qualquer um destes fatores aumenta o risco de danos às crianças e jovens que já vivenciam situações de abuso e negligência, mas aumenta, também, o potencial de cuidadores ansiosos se tornarem violentos ou abusivos (Seddighi et al., 2020).

Concomitantemente ao aumento dos fatores de risco, as medidas implementadas para prevenção e controlo da disseminação da COVID-19, como o encerramento das escolas, as restrições nos deslocamentos, o isolamento vivido que impede o relacionamento das pessoas com as famílias alargadas e com as suas fontes de apoio usuais, alteram a prevalência e os padrões de violência interpessoal, o que aumenta a probabilidade das crianças/jovens viverem ou observarem situações de maus-tratos (OMS, 2020; OMS, 2020b). O lar, entendido como a primeira linha de defesa e proteção da criança/jovem está, devido aos stressores relacionados à COVID-19, ameaçado (Seddighi et al., 2020). As medidas de prevenção e controlo da COVID-19 cortaram, de forma abrupta, os relacionamentos positivos que as crianças/jovens viviam e impediram o recurso aos seus apoios habituais, como a escola, a família alargada, os serviços de saúde e outros recursos da comunidade (Seddighi et al., 2020). Estas medidas suspenderam, também, a ação dos sistemas de proteção formais e informais, que geralmente identificam e respondem aos riscos das crianças e jovens (Seddighi et al., 2020).

Assim, por um lado, os fatores de risco estão mais aumentados devido a toda a vivência de pandemia que se prolonga há mais de um ano, por outro lado, a maioria dos recursos de

apoio da comunidade estão com as suas intervenções dificultadas devidos às medidas implementadas para controlo da pandemia (Seddighi et al., 2020). Toda esta situação leva a um aumento da probabilidade da ocorrência de situações de negligência infantil, num momento em que as crianças/jovens são menos visíveis para os indivíduos e profissionais que promovem a sua proteção, e em que os serviços de bem-estar infantil e familiar estão sobrecarregados ou interrompidos (Seddighi et al., 2020).

Deste modo, e perante a natureza inovadora e com informação e conhecimento em constante evolução face à COVID-19, torna-se imperativo que os profissionais de saúde, especialmente os EEESIP, pelo contacto privilegiado com as crianças e jovens, atuando na sua proteção, se adaptem com rapidez e prontidão no planeamento de estratégias e intervenções focadas no bem-estar e segurança infantil, que consigam ultrapassar ou contornar as barreiras impostas pela vivência da pandemia.

1.2. Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A mudança na forma de olhar para a criança/jovem a partir da segunda metade do século XX levou também a uma mudança na prestação de cuidados de enfermagem a esse grupo populacional. O reconhecimento da criança/jovem como ser vulnerável, a valorização dos pais/cuidadores como os principais prestadores de cuidados, a preservação da segurança e bem-estar da criança, jovem e família e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento desta população, tornaram-se o cerne dos cuidados de enfermagem em pediatria (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Atualmente, os cuidados de enfermagem, baseados no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, centram-se no estabelecimento de parcerias entre os enfermeiros e as crianças, jovens e suas famílias, e envolve uma interação constante entre esses elementos,

proporcionando condições facilitadores para o desenvolvimento global da criança e jovem (Martins & Mendes, 2012). Os cuidados à criança/jovem envolvem partilha de experiências, valores, saberes e poderes, e o estabelecimento de objetivos comuns, em que todos os elementos envolvidos têm um papel ativo, baseado na negociação entre eles, constituindo, assim, um processo dinâmico (Martins & Mendes, 2012). O modelo de parceria de cuidados preconiza que não existe qualquer limite à participação dos pais/cuidadores na prestação de cuidados à criança/jovem e que, através da negociação de papéis nessa prestação, os pais se tornam parceiros efetivos no processo de cuidar (Lee, 1999). O apoio à família na prestação do seu papel parental, nas tomadas de decisão e no reconhecimento das necessidades dos membros da família em relação aos cuidados à criança/jovem surgem como conceitos fulcrais da parceria de cuidados (Martins & Mendes, 2012).

Compete ao EEESIP entender a vontade e capacidade dos pais para participarem e se envolverem na prestação de cuidados à criança/jovem, devendo apoiá-los e instruí-los, no sentido de os capacitar para ultrapassar e lidar com as eventuais dificuldades (Martins & Mendes, 2012). Assim, através da participação ativa e de uma negociação constante entre os elementos envolvidos nos cuidados à criança/jovem, este modelo de parceria de cuidados visa a capacitação da família, ou seja, a aptidão parental para aquisição das competências necessárias na satisfação das necessidades da criança/jovem (Hockenberry et al., 2014).

O cuidar em pediatria, pela sua especificidade, exige, assim, que o EEESIP possua a capacidade para responder com competência à particularidade de cada criança/jovem, em parceria com o mesmo e com os pais, e à particularidade de cada situação, cada contexto e cada família, atuando sempre como facilitador e não como executor (Lee, 1999). Neste sentido, o EEESIP, com vista ao aumento do bem-estar da criança/jovem e, consequentemente de toda a família, deve educar, orientar, instruir e apoiar a família na promoção da sua saúde.

A promoção da saúde entende-se como o "processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar" (OMS, 1986, p.1). De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a promoção da saúde diz respeito às atividades desenvolvidas na procura de recursos que mantêm ou intensificam o bem-estar das pessoas (Victor et al., 2005). Para Pender, a

promoção da saúde pressupõe a interação das pessoas com o ambiente, permitindo direcionar o seu comportamento no sentido que consideram como positivo, para, assim, maximizarem o seu potencial de saúde (Sakraida, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é um modelo de enfermagem que procura avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, identificando os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis através do estudo da relação entre 3 variáveis, as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar e o comportamento promotor de saúde desejável (Victor et al., 2005).

Assim, nas características e experiências pessoais engloba-se o comportamento que deve ser alterado bem como fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais da pessoa (Victor et al., 2005). Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar é a variável central do Modelo de Promoção da Saúde e inclui a perceção dos benefícios da adoção do comportamento, a noção das potenciais dificuldades envolvidas, a consciência das capacidades pessoais para desenvolver o comportamento, os sentimentos relativamente ao mesmo, as influências interpessoais e as influências situacionais (Victor et al., 2005). O comportamento promotor de saúde desejável é a última variável deste modelo de enfermagem e diz respeito às ações que possibilitam a pessoa a manter-se no comportamento saudável, estando incluídas nesta variável as intervenções de enfermagem (Victor et al., 2005). Esta última variável engloba, também, as exigências imediatas e preferências da pessoa, que influenciam a manutenção do comportamento desejável (Victor et al., 2005).

O objetivo deste modelo de enfermagem é auxiliar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde, como base para o aconselhamento comportamental na promoção de estilos de vida saudáveis (Petiprin, 2020). Com base neste modelo, e estabelecendo uma parceira com a criança/jovem e família, é possível capacitar para uma mudança de comportamentos, para que o objetivo final seja uma melhoria da saúde, o aumento da capacidade funcional e melhor qualidade de vida, em todas as fases do desenvolvimento, com a adquisição de estilos de vida saudáveis (Petiprin, 2020).

Pender defende que os enfermeiros são profissionais de saúde com um papel fulcral na promoção da saúde das pessoas em todas as faixas etárias, já que são considerados elementos facilitadores do processo de tomada de decisão, promovem o desenvolvimento de atividades promotoras de saúde e capacitam as pessoas ao ajudá-las a aprender a cuidar de si mesmas e a fazerem escolhas saudáveis (Petiprin, 2020).

Assim, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender configura-se como um pilar no desenvolvimento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde e mudança comportamental, promovendo o aumento da literacia em saúde, no sentido de capacitar as pessoas para a adoção de comportamentos saudáveis.

Como literacia em saúde entende-se a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços de saúde necessários na realização de escolhas de saúde adequadas para a adoção de um estilo de vida mais saudável (Santos, 2010). A literacia em saúde influencia a capacidade de tomada de decisão relativamente a escolhas de saúde, afetando não apenas a qualidade de vida da criança/jovem, mas também da família e comunidade onde se insere (Espanha et al., 2016).

A literacia em saúde surge, assim, como "uma estratégia fundamental para a obtenção de ganhos em saúde associada à promoção de saúde através da educação para a saúde, quer em adultos quer em crianças" (Resende & Figueiredo, 2018, p.103).

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é, portanto, o referencial teórico pilar deste relatório, já que suporta e justifica a temática da negligência infantil e a intervenção do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento destas situações, contribuindo para o aumento da segurança, qualidade de vida e promoção da saúde da criança/jovem e família. O modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey surge como o modelo de prestação de cuidados de eleição na pediatria, uma vez que o enfermeiro, nomeadamente o EEESIP, assume como competência a assistência da criança, jovem e família na maximização da sua saúde através do estabelecimento de uma parceria de cuidados.

1.3. Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre na Prevenção, Identificação e Encaminhamento de Situações de Negligência Infantil

Os profissionais de saúde, em particular os EEESIP, no exercício das suas funções, contactam direta e frequentemente com crianças e jovens, e têm obrigação moral, legal e responsabilidade de atuar na prevenção, identificação e encaminhamento das situações de maus-tratos, nomeadamente práticas de negligência infantil (APAV, 2011). São, assim, considerados entidades privilegiadas na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis desta população e na garantia da proteção da infância e juventude (APAV, 2011).

A intervenção da saúde perante uma situação de negligência infantil enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes elementos da comunidade, processando-se segundo um modelo de três níveis de intervenção que se articulam e complementam (Leça et al., 2011). Assim, o primeiro nível de intervenção é garantido pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as entidades da saúde, educação, ocupação de tempos livres, segurança social, forças de segurança e autarquias, que visam a promoção dos direitos e a proteção das crianças/jovens, particularmente as que se encontram em situação de risco ou perigo (Leça et al., 2011). No segundo nível de intervenção, quando as entidades supramencionadas não atuam de forma adequada ou suficiente para remover o perigo, atuam as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, nas quais a saúde tem, também, um papel crucial (Leça et al., 2011). O terceiro nível de intervenção diz respeito à intervenção judicial, último nível interventivo, que visa a proteção das crianças e jovens em perigo (Leça et al., 2011).

A intervenção dos EEESIP na garantia da promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens deve basear-se em princípios orientadores, patentes na Lei 147/99 de 1 setembro (Assembleia da República, 1999). Assim, os EEESIP priorizam o superior interesse da criança/jovem, garantem a sua privacidade, procuram a realização de uma intervenção precoce, logo que se identifique uma situação suspeita ou conhecida de perigo, procuram, também, garantir que os pais assumem os seus deveres para com as crianças/jovens e

integram a família nas intervenções propostas, garantem o fornecimento das informações adequadas às crianças/jovens e pais, integram a criança/jovem no processo de apoio e respeitam os diferentes níveis de intervenção (APAV, 2011).

Face a uma situação de negligência infantil, os EEESIP, como entidades de primeiro nível de intervenção, têm um papel fulcral na garantia da proteção da criança/jovem, intervindo em situações de risco para prevenir a sua evolução para o perigo, e promovendo a prevenção da recorrência, tornando-se perentória uma atuação responsável, rigorosa e semelhante entre os vários profissionais (Leça et al., 2011).

Os EEESIP, indo ao encontro do preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), procuram promover a prevenção dos maus-tratos infantis, detetar precocemente e encaminhar as situações que comprometem a vida ou afetam a qualidade de vida das crianças/jovens (DGS, 2013; OE, 2018). Aos EEESIP cabe ainda a identificação, apoio e orientação das crianças/jovens e famílias vítimas de maus-tratos, sensibilizando os pais e profissionais para o risco detetado, assistindo a criança/jovem em situações de negligência e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança dos mesmos (DGS, 2013; OE, 2018). Assim, os enfermeiros, dotados de responsabilidades e competências para atuar na promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis e prevenir, detetar, encaminhar e cuidar das crianças/jovens vítimas de negligência, são, normalmente, os profissionais que atuam no sentido de garantir uma proteção da infância, promovendo o respeito pelos direitos das crianças e a sua proteção relativamente a situações de risco (DGS, 2013).

A utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde, a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção, a criação e aproveitamento de oportunidades que facilitam a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem, são fundamentais para uma intervenção adequada e pertinente (OE, 2011).

O reconhecimento de indicadores de risco e a perceção das múltiplas situações que envolvem perigo para a criança/jovem, o seu acompanhamento e encaminhamento,

constituem uma tarefa árdua para os profissionais de saúde. Assim, um profissional isoladamente não detém condições para, sozinho, acompanhar e encaminhar estas situações, devendo convocar outros profissionais/estruturas para que tal se concretize de forma adequada, requerendo o envolvimento de profissionais de diversos âmbitos, sendo o trabalho de equipa uma ferramenta crucial para uma intervenção adequada nestas situações (DGS, 2008b). Apenas com a colaboração de diversos profissionais, incluindo de outras instituições e serviços, se consegue desenvolver, adequadamente, o processo de apoio da criança ou jovem vítima de violência, já que, com trabalho em equipa, o processo de apoio se desenvolve de forma mais eficiente e com a qualidade desejável (XXII Governo Constitucional, 2020).

A avaliação de cada situação e a atribuição de um grau de risco para a ocorrência de maus-tratos, bem como o reconhecimento de potenciais situações de perigo, constituem tarefas obrigatórias para todas as equipas de saúde que prestam cuidados a crianças e jovens (DGS, 2008b). Assim, reconhecendo que os maus-tratos têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança/jovem, estes obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde, na deteção e intervenção atempada destas situações (DGS, 2008b).

Os EEESIP, como forma de detetar os fatores de risco, de proteção e agravamento na criança/jovem e família devem, assim, desenvolver uma observação ativa e continuada da evolução dos diversos fatores e suas respetivas consequências, proporcionando apoio e aconselhamento aos pais/cuidadores no desenvolvimento de competências parentais (Leça et al., 2011).

Como forma de deteção de sinais de alerta na criança/jovem e família e, analisando a evidência de indicadores, sinais e sintomas de maus-tratos infantis, o EEESIP procura obter informação para a confirmação da prática de maus-tratos através da recolha e registo da história clínica, bem como a sua sinalização para o Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco, como forma de melhor se estudar a situação e garantir a proteção da criança/jovem (Leça et al., 2011). Os maus-tratos por negligência podem assumir diversas formas, competindo aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros durante a sua observação, atentar a aspetos do estado físico da criança/jovem como o estado de higiene,

alimentação, vestuário ou existência de infeções recorrentes e persistentes, observar aspetos do crescimento e desenvolvimento infantil nomeadamente as competências cognitivas, afetivas e comportamentais desenvolvidas, e analisar aspetos do contexto social particularmente a frequência e assiduidade escolar ou mendicidade (DGS, 2008b).

Para que seja realizada, pelo EEESIP, uma identificação adequada de situações de negligência infantil é perentória uma análise cuidada e rigorosa da história da criança/jovem, particularmente quando existem sinais ou sintomas sugestivos de maus-tratos, atendendo sempre ao princípio norteador de intervenção inicial mínima (DGS, 2008b). O enfermeiro garante a proteção imediata das crianças/jovens sempre que ocorram situações de negligência que resultem em ferimentos graves na criança/jovem, quando há perigo para a vida da criança/jovem, quando a situação de negligência é recorrente ou quando o contexto habitacional não é seguro (DGS, 2008b). Assim, em todas as situações identificadas, cabe aos enfermeiros estabelecerem um plano de segurança para a criança/jovem, bem como realizar o encaminhamento adequado destas situações (DGS, 2008b).

Perante um problema social de dimensões inenarráveis torna-se fulcral o investimento dos profissionais de saúde na prevenção dos atos de violência. Os EEESIP, mais do que uma postura de intervenção perante situações de negligência infantil, devem assentar a sua conduta atendendo a que comportamentos negligentes podem ser prevenidos e evitados (APAV, 2011). O pressuposto central da intervenção preventiva baseia-se na ideia de que a educação acerca do tema pode mudar a consciência, o conhecimento e ensinar competências (APAV, 2011). Torna-se, neste sentido, essencial o papel do EEESIP na procura do aumento dos conhecimentos das crianças/jovens e famílias e, consequentemente, o aumento da literacia em saúde tão fundamental para a prevenção e deteção precoce de situações prejudiciais ao saudável crescimento e desenvolvimento infantil. O EEESIP procura, ainda, promover o respeito pelos direitos das crianças, nomeadamente o direito a proteção contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, exposto no art. 19º da Convenção sobre os direitos da criança (UNICEF, 2019). Assim, também o enfermeiro mestre possui capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, como o caso da negligência infantil,

desenvolvendo soluções em situações de informação limitada ou incompleta, nomeadamente no contacto com crianças, jovens e suas famílias, refletindo sobre as implicações ou responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções (Ministério da Educação e Ciência, 2013).

De acordo com Fortson et al. (2016), as estratégias preventivas dos maus-tratos incluem fornecer apoios económicos às famílias, alterar normas sociais no apoio aos pais e à parentalidade, prestar cuidados de saúde e de educação de elevada qualidade desde o nascimento, melhorar as habilidades parentais promotoras do desenvolvimento saudável da criança/jovem, intervir para minorar eventuais danos e prevenir riscos. Embora existam numerosas estratégias passíveis de serem concretizadas em diversos setores sociais com o intuito de fazer face ao fenómeno dos maus-tratos infantis, recai sobre o setor da saúde uma enorme responsabilidade no que toca à sua prevenção (OMS, 2016). Para além das estratégias supramencionadas, onde se incluem diversas intervenções de enfermagem, a DGS acrescenta que cabe, também, ao EEESIP, a recolha e registo de informações relacionadas com sinais e/ou sintomas detetados, a valorização do encaminhamento dado durante o processo de diagnóstico, o contato com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e a articulação com outros profissionais ou entidades, nomeadamente as CPCJ (Leça et al., 2011).

Para Honda et al. (2020), os enfermeiros devem desenvolver estratégias para a prevenção da negligência infantil assentes em três níveis preventivos. Primeiramente os enfermeiros devem ser responsáveis por acompanhar a gravidez realizando, nesses momentos, uma avaliação prévia quanto a necessidades e riscos de abuso ou negligência infantil (Honda et al., 2020). É também durante esse acompanhamento que se inicia o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e de apoio (Honda et al., 2020). Após o parto, o enfermeiro, através da visitação domiciliária, deve acompanhar e avaliar a vivência da parentalidade, analisando a necessidade de suporte nessa fase da vida da família (Honda et al., 2020). O segundo nível preventivo diz respeito, segundo o autor, à deteção precoce de situações de negligência, com o acompanhamento e vigilância da saúde da criança, através da realização das consultas de enfermagem em momentos chave do desenvolvimento infantil,

sendo esta avaliação realizada através da observação do estado físico, comportamental e mental da criança e pais (Honda et al., 2020). O terceiro nível de prevenção está relacionado com a proteção e cuidado a crianças/jovens abusados ou negligenciados, prevenindo a recorrência de situações de violência (Honda et al., 2020).

Atendendo à vivência da pandemia por COVID-19 que alterou, drasticamente, a interação entre a população e os serviços de saúde, Honda et al. (2020) sugerem o investimento dos enfermeiros nos serviços online para cumprir os três níveis preventivos sugeridos. Assim, como novas estratégias delineadas pelos enfermeiros para a prevenção da negligência infantil em tempos pandémicos, Honda et al. (2020) sugerem a realização de "visitação domiciliária" através de videochamadas, sessões de educação para a saúde aos pais através da utilização das plataformas digitais, bem como o agendamento de consultas de vigilância infantil presenciais, respeitando as medidas de prevenção da disseminação da COVID-19, como distanciamento social, acompanhamento da criança apenas por um dos pais e cancelamento das sessões de educação para a saúde em grupo.

Corroborando a mesma ideia, também Haas (2021) defende uma alteração nas intervenções de enfermagem durante a pandemia no sentido de melhor se identificarem ou prevenirem situações de negligência. Assim, como forma de se identificarem precocemente práticas de negligência infantil, o autor sugere que o enfermeiro proporcione sessões de esclarecimento com a equipa escolar no sentido de, também eles, aprenderem a reconhecer sinais de alerta (Haas, 2021). Com base nesse trabalho em equipa, os enfermeiros devem criar sistemas de apoio para os pais/cuidadores como forma de prevenção de maus-tratos durante este tempo de incertezas e de isolamento, mantendo um contacto regular com as crianças/jovens e pais através das plataformas digitais e facultando, aos pais, uma lista de recursos e apoios locais (Haas, 2021). Torna-se, também, fundamental o investimento dos enfermeiros em sessões de educação para a saúde online com as crianças/jovens, nomeadamente no sentido de capacitá-las para se manterem em segurança na internet (Haas, 2021).

O EEESIP, tendo como competência basilar a prevenção e identificação precoce de situações que coloquem em risco a vida ou a qualidade de vida das crianças/jovens, assume

um papel determinante na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de risco, como os maus-tratos nas suas diferentes tipologias, nomeadamente nas práticas de negligência infantil, e em contextos distintos de prestação de cuidados, quer em ambiente hospitalar quer em cuidados de saúde primários. O enfermeiro, enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre, assume ainda um papel influente na divulgação do conhecimento acerca desta temática, no seio das suas equipas, como elemento de referência e dinamizador de boas práticas em saúde, baseadas na mais recente e pertinente investigação científica, pedra basilar de qualquer projeto de intervenção.

Neste contexto, embora legislado como crime punido por lei, e sendo alvo de diversos projetos e programas de saúde, as situações de negligência infantil continuam com números alarmantes, existindo cada vez mais situações identificadas, tornando-se prioritária e urgente a intervenção dos EEESIP como forma de aumentar a literacia em saúde das crianças/jovens e famílias, no sentido de conseguirem distinguir o que é saudável ou nefasto.

Assim, na procura da excelência do exercício profissional, o EEESIP persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, estabelecendo com os mesmos e com a família uma parceria de cuidados, baseada na empatia e no respeito pelas suas crenças e cultura, através de uma comunicação adequada, promovendo o envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação com vista à concretização de atividades que visam minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a vivência de situações de risco e facilitando uma comunicação expressiva de emoções. (OE, 2018; OE, 2011)

Desta forma, para a OMS (2016), a solução passa por proporcionar um ambiente seguro e estável às crianças e jovens através do desenvolvimento de programas e políticas de qualidade, que melhorem a prestação de cuidados pediátricos e ofereçam estratégias de prevenção dos maus-tratos que englobem a educação parental como estratégia promotora das capacidades parentais.

A prestação de cuidados de saúde de excelência a crianças, jovens e famílias que vivenciam uma situação de negligência infantil é fundamental para reduzir traumas, promover a recuperação e prevenir a recorrência de atos de violência. O EEESIP assume um papel

fundamental na avaliação do risco de maus-tratos, considerando-se como imprescindível a sua atuação na vigilância dos sinais de alerta, a sua deteção e encaminhamento precoces, pois quanto mais precoce for a deteção e o encaminhamento, mais eficaz será a ação e melhores serão os resultados para a criança e jovem, com implicações na melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde (OMS, 2014; Silva et al., 2014).

2. PERCURSO FORMATIVO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica propôs-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção, com o objetivo de adquirir e desenvolver os conhecimentos e competências do enfermeiro mestre e as competências comuns e específicas do EEESIP, através da realização dos estágios I e final, em que a problemática em estudo incidiu sobre os contributos do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil.

Assim, neste capítulo será realizado um enquadramento do projeto de intervenção, salientando as principais atividades e estratégias desenvolvidas nos diferentes contextos da prestação de cuidados.

2.1. Enquadramento do Projeto de Intervenção: A Transversalidade da Problemática aos Diversos Contextos de Prestação de Cuidados

O desenvolvimento do projeto de intervenção teve um carácter transversal aos contextos da prática clínica, decorridos durante a realização do estágio I e estágio final, sendo que este último englobou três locais de estágio distintos, o que permitiu desenvolver o presente projeto em contextos de prestação de cuidados muito diversificados.

O enquadramento do projeto de intervenção delineado pretendeu caracterizar os diferentes contextos de prática clínica, bem como apresentar as necessidades detetadas, a fim de serem planeadas as estratégias e atividades adequadas.

Cronologicamente, o estágio I decorreu de 2 de novembro a 11 de dezembro de 2020 na Consulta Externa de Pediatria (CEP) de um Centro Hospitalar. O estágio final, realizado em

três serviços distintos do mesmo Centro Hospitalar, teve início a 2 de fevereiro de 2021 no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) com término a 11 de março de 2021. O segundo momento do estágio final decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) entre o dia 15 de março e o dia 23 de abril de 2021. O último local de estágio foi o Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) o qual decorreu entre o dia 26 de abril e o dia 4 de junho de 2021.

Os locais de estágio foram definidos de acordo com o reconhecimento das necessidades de aprendizagem, bem como com o desenvolvimento do projeto de intervenção planeado, e pelas experiências diversificadas de prestação de cuidados, revestidas de grande especificidade e promotoras do desenvolvimento das competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica.

2.1.1. Consulta externa de pediatria

A experiência formativa do estágio I decorreu na CEP de um Centro Hospitalar, sob supervisão clínica de uma enfermeira especialista da área de saúde infantil e pediátrica.

A consulta externa, onde se realizou o estágio I, englobava as consultas de especialidade e o centro de neuro desenvolvimento, estando estruturalmente dividida em diversos gabinetes distintos, onde se realizavam as consultas, e englobava também uma sala específica para a realização de terapias bem como uma sala para realização de procedimentos. A equipa multidisciplinar envolvia enfermeiras, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogas, assistentes sociais e administrativas sendo estes elementos comuns às consultas de especialidade e ao centro de neuro desenvolvimento.

A CEP tinha como principal objetivo o acompanhamento, em ambulatório, do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens bem como o seguimento de

crianças/jovens em situações específicas que necessitavam de vigilância especializada. As consultas eram planeadas consoante cada situação particular, e atendendo sempre ao preconizado no PNSIJ, com o objetivo de promover a saúde desde o nascimento até à idade adulta, bem como antecipar e diagnosticar precocemente eventuais desvios da normalidade.

Assim, as consultas englobavam diversas especialidades nomeadamente as consultas de pediatria geral, consultas de gastroenterologia, consultas de endocrinologia, consultas de obesidade e dislipidemia, consultas de urologia, de neonatologia, consultas de cardiologia, consultas de infecciologia, de alergologia, consultas de pneumologia, consultas de oftalmologia e consultas de nutrição. A maioria das consultas ocorria de forma conjunta com a enfermeira e o médico.

O centro de neuro desenvolvimento funcionava, também, com a presença simultânea de diversos elementos da equipa multidisciplinar nomeadamente enfermeira, médico pediatra, neuro pediatra, psicóloga, fisiatra e assistente social. Devido ao aumento das crianças e jovens com patologias do foro neurológico e, como forma de melhor organização da equipa e da prestação de cuidados, estas consultas encontravam-se divididas em quatro grandes grupos, as consultas de desenvolvimento, as consultas de defeitos do tubo neural, as consultas de trissomia 21 e as consultas de multideficiência.

Tanto as consultas de especialidade como o centro de neuro desenvolvimento funcionavam como "ponte" entre o meio hospitalar e a comunidade, como forma de promover uma continuidade de cuidados de excelência, que se adequasse a cada criança/jovem e família, a cada situação e a cada contexto.

As consultas das diferentes especialidades funcionavam, diariamente, de forma simultânea em gabinetes separados e preparados para as necessidades específicas da consulta a realizar, tendo o seu início cerca das 8:30h e o seu término cerca das 18h. O centro de neuro desenvolvimento funcionava diariamente com as consultas de desenvolvimento e os três grandes grupos de consultas mais específicas, suprarreferidas, funcionavam às quarta e sextas-feiras das 8.30h às 17h.

A equipa de enfermagem englobava tanto enfermeiras generalistas como enfermeiras especialistas e o método de organização de cuidados utilizado era o método por enfermeiro de referência. Embora toda a equipa de enfermagem se envolvesse nos diversos projetos delineados, cada enfermeira de referência tinha uma área de atuação mais específica e com uma população mais restrita, potenciando o conhecimento de cada criança/jovem e sua família, melhorando, assim, os cuidados prestados. A enfermeira gestora do serviço, EEESIP, distribuía semanalmente os elementos da equipa de enfermagem pelas consultas de enfermagem, de apoio às especialidades programadas.

Na consulta externa as enfermeiras reconheciam que a díade criança/jovem e família eram o foco central dos cuidados, procurando pautar a sua praxis por uma abordagem individualizada, que considerava a perspetiva de cada pessoa e promovia um ambiente benéfico e acolhedor através do relacionamento interpessoal.

Devido ao momento pandémico vivido durante o estágio I, o funcionamento da consulta externa e do centro de neuro desenvolvimento sofreu alterações na sua dinâmica, sendo que muitas das consultas programadas se realizaram, apenas, através de contacto telefónico.

Assim, como objetivos para este estágio definiu-se analisar reflexivamente as competências do EEESIP no contexto de consultas externas, bem como adquirir/aprofundar conhecimentos e competências para uma intervenção especializada enquanto EEESIP nas diversas valências da consulta externa de pediatria.

A realização do estágio em contexto de consulta externa e centro de neuro desenvolvimento permitiu observar, colaborar e desenvolver conhecimentos e competências no que se refere à prestação de cuidados às crianças/jovens e suas famílias, sob a perspetiva da promoção e maximização da saúde da criança/jovem e família bem como na prestação de cuidados a crianças/jovens e suas famílias em situações de especial complexidade, como o caso de doenças raras ou doenças crónicas. Devido à abrangência da faixa etária presente nas diversas consultas realizadas, foi ainda possível prestar cuidados às crianças/jovens atendendo às necessidades ao longo do ciclo de vida.

Embora a EEESIP supervisora clínica fosse enfermeira de referência apenas de algumas áreas específicas, foi possível compreender o papel do EEESIP nas diversas valências integradas na consulta, pela disponibilidade de toda a equipa de enfermagem e pela leitura de algumas normas e protocolos definidos previamente, aumentando, gradualmente, a autonomia na prestação dos cuidados. Também no centro de desenvolvimento foi possível colaborar na realização das consultas multidisciplinares dos quatro grandes grupos supramencionados.

Como a EEESIP supervisora clínica assumia funções de substituição da enfermeira gestora, na sua ausência, foi também possível colaborar na organização do trabalho e na definição de recursos para a prestação de cuidados.

Outros dos aspetos fundamentais evidenciados durante o estágio I foi a disponibilidade e preocupação de toda a equipa de enfermagem na procura de apoios e suporte para dificuldades que surgiam e que ultrapassavam o âmbito das consultas. A articulação com os serviços considerados de adultos ou serviços da comunidade como os centros de saúde, permitia a garantia da qualidade na continuidade de cuidados e o proporcionar às crianças/jovens e famílias os cuidados adequados às suas necessidades e particularidades, bem como a sua reinserção social.

Pelo número elevado de crianças/jovens que recorreram à CEP e ao centro de neuro desenvolvimento com doenças crónicas, foi também possível analisar e refletir sobre a relação terapêutica que se estabelece entre os profissionais de saúde e essas crianças/jovens e suas famílias, compreendendo o papel preponderante do EEESIP no estabelecimento da parceria de cuidados com a criança/jovem e família, bem como enquanto facilitador de uma vivência mais positiva no que se refere aos cuidados de saúde.

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil constituem um momento privilegiado para a avaliação do desenvolvimento da criança/jovem e para a identificação precoce de alterações e/ou situações de risco. Estas consultas permitem ao EEESIP uma intervenção atempada com a criança/jovem e família, definindo estratégias preventivas e/ou promotoras do desenvolvimento saudável, facultando à criança/jovem e família os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção

dos direitos da criança/jovem e ao exercício da parentalidade (OE, 2018). Assim, foi também possível, durante o estágio, compreender a importância do EEESIP na promoção da capacitação das crianças/jovens e famílias, no sentido de desenvolverem comportamentos promotores de saúde bem como, aumentando a sua literacia em saúde, habilitá-los na prevenção de situações nefastas ao crescimento e desenvolvimento salutares.

2.1.2. Serviço de medicina intensiva neonatal e pediátrica

O início do percurso formativo do estágio final decorreu no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica de um Centro Hospitalar, sob supervisão de uma EEESIP. Este serviço abrangia a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), local onde foi proposta a realização do estágio, e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), assistindo desde recém-nascidos até jovens com 17 anos e 364 dias.

Considerado um serviço de referência, prestava cuidados diferenciados à população infantil, proporcionando uma resposta eficaz e eficiente às necessidades das inúmeras crianças/jovens em situação urgente/emergente e em risco de vida (UCINP, n.d.). Como objetivos desta unidade constavam prestar assistência a recém-nascidos (RN) de risco do foro médico-cirúrgico, a prestar assistência a crianças com médio e alto risco de saúde do foro médico-cirúrgico e o proporcionar uma observação intensiva, sistemática e continuada de crianças/jovens em situações de especial complexidade (UCINP, n.d.).

A UCIN era constituída por uma sala ampla com capacidade para 12 incubadoras sendo que, em três dessas incubadoras era possível proporcionar um maior isolamento, tanto sonoro como térmico, luminoso ou de estímulos, pelo que eram normalmente ocupadas com os RN em situações mais críticas. Dessas 12 incubadoras existiam 5 postos para RN com necessidade de cuidados intensivos, 6 para cuidados intermédios e uma para situações de RN infetado com COVID-19. Cada posto de cuidados intensivos estava equipado com um monitor

cardiorrespiratório, um ventilador e uma incubadora. Os restantes postos estavam equipados com sistema de monitorização e incubadora. Junto a todas as incubadoras estavam dispostos equipamentos de infusão e perfusão de terapêutica endovenosa, que variavam consoante as necessidades particulares de cada bebé. A UCIN englobava também outra sala com capacidade para 6 berços considerada uma sala de preparação para a alta.

A admissão na UCIN era feita, predominantemente, através do bloco de partos, contudo eram também admitidos RN transferidos do serviço de obstetrícia, serviço de urgência pediátrica ou outras unidades de saúde locais, que necessitassem de intervenção clínica urgente ou emergente ou uma vigilância e cuidados permanentes.

A UCIP incluía uma sala com capacidade para duas camas (com posto de ventilação e monitorização) e uma outra sala que estava destinada a crianças/jovens com necessidade de isolamento, nomeadamente situações de suspeita ou confirmadas de COVID 19 (também com posto de ventilação e monitorização).

A UCIN tinha como principal missão a prestação de cuidados de alta qualidade, protegendo o desenvolvimento do bebé (UCINP, n.d.). Assim, a filosofia de cuidados aplicada no serviço era o NIDCAP (*newborn individualized developmental care and assessment program*), que valorizava o RN enquanto parceiro nos cuidados, criando o ambiente adequado para se atender aos sinais e necessidades de cada bebé e família, e proporcionar o seu desenvolvimento saudável (UCINP, n.d.). O envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé valorizava-os enquanto elementos essenciais e ativos em todas as fases do crescimento e desenvolvimento do RN, nomeadamente durante o internamento na UCIN, valorizando-se uma prestação de cuidados centrados na família. Devido à vivência da pandemia, podia permanecer diariamente, e com horário alargado, junto ao bebé um dos pais, sendo que o outro pai podia acompanhar o seu filho 2 vezes por semana, com realização prévia de teste para despiste de infeção COVID-19.

A equipa do SMINP era constituída por enfermeiros, médicos pediatras/neonatologistas, assistentes operacionais, administrativas, terapeutas da fala,

assistentes sociais, psicólogas e com colaboração de diversos outros elementos, nomeadamente fisioterapeutas, técnicos de audiometria ou médicos de outras especialidades.

A equipa de enfermagem era constituída maioritariamente por EEESIP e a gestão do serviço ficava a cargo da enfermeira gestora (também EEESIP), que distribuía os diversos elementos da equipa pelos diferentes postos. O enfermeiro chefe de equipa (EEESIP) de cada turno distribuía os elementos da equipa de enfermagem pelos vários recém-nascidos, crianças/jovens internados. O método de trabalho instituído neste serviço era o individual, com base no conceito global, e implicava a atribuição de uma ou mais crianças/jovens por enfermeiro. O enfermeiro era, então, responsável pela totalidade dos cuidados prestados, assim como, pelo planeamento e avaliação dos mesmos. Nesta unidade, o trabalho de equipa tornava-se fundamental já que, respeitando a filosofia do NIDCAP, a redução de estímulos e do manuseamento dos RN era um dos pontos fulcrais para reduzir ao máximo o impacto negativo do ambiente nos bebés.

Atendendo às características do serviço, foram estabelecidos como objetivos deste estágio adquirir conhecimentos acerca da filosofia dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento, analisar e refletir sobre as competências do EEESIP em contexto de UCIN e UCIP e desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados especializados ao RN internado na UCIN.

Atendendo a que "os cuidados intensivos ao RN doente e imaturo requerem conhecimento especializado e competências em várias áreas" e "os avanços nos cuidados intensivos criaram a necessidade de pessoal altamente qualificado e treinado na arte de cuidar em cuidados intensivos neonatais", a enfermeira supervisora norteou a prática neste contexto, sendo um elemento facilitador na adquisição de conhecimentos relativos a cuidados especializados e complexos a esta população tão específica (Hockenberry et al., 2014, p.334).

Assim, indo ao encontro dos objetivos traçados, durante o estágio na UICN foi possível prestar cuidados aos RN internados, com uma aprendizagem gradual e uma autonomia progressiva. Respeitando o modelo de parceria de cuidados preconizado nesta unidade, foi, também, possível adquirir competências no estabelecimento de parceria com os pais,

envolvendo-os na prestação de cuidados e nas tomadas de decisão, como elementos ativos e essenciais nos cuidados ao filho.

A filosofia dos cuidados centrados no desenvolvimento era a filosofia de cuidados praticada na UCIN, minimizando os impactos negativos do ambiente nos recém-nascidos, pelo que, a realização deste estágio permitiu a aquisição de conhecimentos e competências na prática desta filosofia de cuidados.

Embora o estágio tivesse o seu foco na UCIN, foi possível realizar alguns turnos na UCIP permitindo assim compreender e refletir, também, sobre as competências do EEESIP nesse contexto.

Ao enfermeiro especialista deve ser reconhecida a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área, pelo que, de acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve estar capacitado eficazmente para tomar decisões, comunicar de forma adequada, ser flexível, responsável e criativo, possuir espírito crítico, iniciativa e ser detentor de uma conduta ética e deontológica (OE, 2019). Este estágio permitiu desenvolver, de forma mais particular, a análise reflexiva das competências do EEESIP pela especificidade do serviço e pela situação de especial complexidade em que os RN e as crianças/jovens e suas famílias se encontram, permitindo também o desenvolvimento de conhecimentos e competências para uma prestação de cuidados de qualidade aos RN.

O nascimento prematuro leva os pais a experienciar o luto pelo bebé imaginado, adiando o exercício pleno da parentalidade (Melo et al., 2017). A parentalidade estabelece-se, assim, como uma situação de crise no ciclo vital da família, necessitando de mecanismos e recursos de adaptação para a sua vivência saudável (Melo et al., 2017). Perante o turbilhão de sentimentos e emoções vividos pelos pais, é essencial que os enfermeiros intervenham de forma as responder às suas necessidades, conhecendo os seus medos, dificuldades e sentimentos, servindo de apoio e orientação, respeitando o conhecimento parental e o seu direito como pais na tomada de decisão e no processo de prestação de cuidados (Chiodi et al., 2012).

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2016, p.15) considera que "os enfermeiros da Neonatologia (…) têm a função privilegiada de promover o desafio da compreensão e 'magia' num lugar de cuidados técnicos tão preci(o)sos onde adaptam a necessidade de pais e familiares, partindo dos cuidados e sobrevivência". Os EEESIP desenvolvem, neste sentido, um conjunto de cuidados e relacionamentos interpessoais, desde a admissão do RN, que fortalece o vínculo terapêutico, até à alta hospitalar, reconhecendo as reais necessidades de aprendizagem da família no que se refere à sua capacitação nos cuidados ao filho (Ferreira et al., 1998; Chiodi et al., 2012).

Assim, ao longo do estágio, procurou-se que os pais vivenciassem a sua realidade de forma o mais positiva e saudável possível, prestando cuidados centrados no desenvolvimento do filho, de forma a promover-lhe conforto e bem-estar, e garantindo que os pais se sentiam úteis, integrados e capazes. Concomitantemente, foram identificadas as necessidades e dificuldades dos pais, o que permitiu planear e concretizar intervenções com o objetivo de colmatar essas necessidades. Mobilizaram-se, por conseguinte, competências do EEESIP, no que se refere à implementação e gestão de um plano de cuidados, em parceria com os pais, promotor da parentalidade e, para tal, negociou-se com os mesmos a sua participação "em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar", utilizando técnicas de comunicação adequadas e "estratégias motivadoras à família para a assunção dos seus papéis em saúde" (OE, 2018, p.19193).

A alta hospitalar é um acontecimento potenciador de stress para os pais, marcado por ansiedade e dúvidas, já que é o momento em que os pais assumem os cuidados ao filho de forma autónoma, sem a presença da equipa de saúde (Pinto et al., 2018). Assim, é fulcral que o planeamento da alta seja realizado de forma gradual, com o aumento progressivo da autonomia dos pais na prestação de cuidados ao filho, através da transmissão de indicações de forma clara, sucinta e simples, promovendo a segurança dos pais para cuidar do filho em casa (Pinto et al., 2018). Neste sentido, foi também uma preocupação neste estágio promover a literacia em saúde dos pais relativamente aos cuidados ao filho aquando da alta do RN, compreendendo as suas necessidades nesse momento particular, como forma de minimizar o

risco de negligência infantil por desconhecimento dos cuidados adequados à satisfação das necessidades do bebé.

Ao longo desta experiência formativa foi, ainda, possível desenvolver conhecimentos e competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, reconhecendo situações de instabilidade das funções vitais e prestando cuidados de enfermagem apropriados, com a mobilização de conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação de focos de instabilidade, proporcionando atempadamente uma resposta adequada (OE, 2018).

2.1.3. Serviço de urgência pediátrica

O segundo momento formativo do estágio final decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar, sob supervisão clínica de uma Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Embora não considerado como parte integrante do SUP, incluído no mesmo espaço físico e sob a gestão da mesma enfermeira gestora, situava-se o Hospital de Dia de Pediatria. O Hospital de Dia tinha como principal missão fornecer cuidados de saúde, de modo programado, a crianças/jovens doentes em ambulatório, como alternativa ao internamento hospitalar, assegurando a continuidade do tratamento àqueles que saiam do regime de internamento, mas que ainda necessitavam de cuidados de saúde, e servindo de apoio e reabilitação para doentes crónicos (UONIE/ACSS, 2011).

O serviço de urgência tinha como principal objetivo assegurar uma resposta pronta e adequada a episódios de doença aguda à população em idade pediátrica.

O Serviço de Urgência Pediátrica sofreu diversas alterações no seu espaço físico, mas também na sua dinâmica devido à situação pandémica vivida pelo que, no momento do

estágio, era constituído pela sala de triagem que se realizava juntamente à admissão da criança/jovem no serviço, sala de reanimação e dois percursos distintos. Um percurso denominado de doentes respiratórios onde se observavam todas as crianças/jovens com sintomatologia respiratória, e um percurso para crianças/jovens com outro tipo de sintomatologia. Como parte integrante do SUP, existia ainda a sala de tratamentos, onde eram realizados todos os procedimentos necessários, e a sala de observação que, devido à pandemia, partilhava o mesmo espaço físico com o internamento de curta duração.

Independentemente do motivo que conduzia a criança/jovem ao SUP, o início do seu percurso era sempre na triagem, segundo o sistema de Triagem de Manchester, que se constituía um momento fulcral na avaliação da criança/jovem. Segundo Magalhães et al. (2016) a triagem, em qualquer SUP, deve ser realizada por enfermeiros com competências suficientes para percecionarem a queixa da criança/jovem através de um julgamento clínico criterioso que promova o atendimento integral e acolhedor. O sistema de Triagem de Manchester tem como objetivo primordial definir o nível de prioridade da pessoa, bem como identificar os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica (DGS, 2018). No SUP torna-se crucial atender à especificidade da cada criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (DGS, 2018). A utilização deste sistema permite classificar a criança/jovem numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (DGS, 2018).

Após a triagem cada criança/jovem era encaminhada de acordo com a situação clínica, sendo que, após observação médica, o circuito da criança/jovem podia alternar entre a necessidade de cuidados de enfermagem, a realização de exames complementares de diagnóstico, internamento em unidade de curta duração, internamento no serviço de pediatria ou alta clínica para o domicílio. Como exceção a estes circuitos, constavam as crianças/jovens com necessidade de cuidados emergentes, entrando diretamente para a sala de emergência. Em todo o percurso da criança/jovem esta podia estar, de forma permanente, com um acompanhante.

A filosofia de cuidados considerada linha condutora em todo serviço de urgência baseava-se no modelo dos cuidados centrados na família, já que os profissionais de saúde

reconheciam e valorizavam a importância da família, respeitando o conhecimento que a mesma possuía da própria criança, a sua experiência no cuidado da mesma e a sua influência na recuperação. A parceria entre enfermeiros, criança/jovem e família era amplamente valorizada, beneficiando a integração da família em todos os cuidados necessários, favorecendo a excelência do cuidar, bem como a continuidade de cuidados.

A equipa multidisciplinar do SUP era constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos e existindo colaboração de outros profissionais como médicos de diferentes especialidades, psicólogos ou assistentes socais.

A equipa de enfermagem era constituída maioritariamente por EEESIP e a gestão do serviço ficava a cargo da enfermeira gestora (também EEESIP), que distribuía os diversos elementos da equipa pelos diferentes postos. O método de trabalho instituído no serviço era o individual, em que o enfermeiro era responsável pela totalidade dos cuidados prestados a cada criança/jovem, assim como, pelo planeamento e avaliação dos mesmos. No entanto, o trabalho de equipa considerava-se essencial nos cuidados às crianças/jovens já que, na maioria das vezes, na prestação de cuidados eram necessários vários elementos para uma prestação de cuidados de qualidade.

Assim, atendendo às características do SUP estabeleceu-se como objetivo adquirir/aprofundar conhecimentos, competências clínicas apropriadas à intervenção específica do EEESIP em contexto de Urgência Pediátrica.

Na grande maioria das situações, a admissão de uma criança/jovem no SUP é vista como uma experiência emocionalmente negativa, já que estas se encontram num ambiente para si desconhecido, ameaçador e com vivências potenciadoras de medo e dor (Hockenberry et al., 2014). Assim, a doença e a necessidade de recorrer a um serviço de saúde constituem uma situação de crise para a criança/jovem e família, pelo que, durante esta experiência formativa, salientou-se a importância da humanização dos cuidados de enfermagem, baseados numa relação e intervenção terapêutica entre o enfermeiro e a criança/jovem e sua família, apoiada numa comunicação adequada e eficaz entre os vários elementos, como forma de responder às necessidades da díade (criança/jovem e família) e minimizar ansiedades e medos

(Phaneuf, 2005). Num contexto em que o stress e medo sentidos pela criança/jovem e família se encontram aumentados, cabe ao EEESIP ser hábil em técnicas de comunicação eficazes e adequadas a cada criança/jovem e família, colocando-se no lugar do outro, transmitindo empatia e compreendendo os seus sentimentos (Phaneuf, 2005).

A prestação de cuidados a crianças e jovens em situação de doença aguda, acarreta numerosos desafios para toda a equipa multidisciplinar e, em particular, para os enfermeiros que estabelecem uma relação de maior proximidade com a criança/jovem e família, alvo dos seus cuidados. Segundo Woiski & Rocha (2010), prestar cuidados ao cliente pediátrico no SUP requer do enfermeiro não só o cuidado técnico necessário para a manutenção da vida em situações de urgência ou emergência, mas também o cuidado subjetivo que atende à sua individualidade e à forma como expressa os seus sentimentos e emoções, contemplando e promovendo concomitantemente a relação com a família e estabelecendo-a de forma humanizada.

Assim, as numerosas situações experienciadas durante o estágio no SUP foram promotoras do desenvolvimento de habilidades comunicacionais com a criança/jovem e família num momento de crise, já que, cabe ao EEESIP comunicar com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (OE, 2018).

Para a realização da Triagem de Manchester os enfermeiros necessitam frequentar uma formação específica sobre o modo de aplicar o modelo, logo, dada a especificidade da triagem de criança e jovem, no SUP onde decorreu o estágio, a triagem foi, sempre que possível, da competência de um EEESIP. Foi possível, assim, analisar que o papel do EEESIP na triagem era essencial, já que evidenciava habilidade e competências para realizar, num curto espaço de tempo, uma avaliação sucinta, mas global e minuciosa da criança/jovem, de modo a avaliar a gravidade das situações clínicas, identificar situações potenciadoras de agravamento e averiguar situações de risco para a criança/jovem, reportando a situação e encaminhando-a.

Este contexto da prática clínica permitiu uma prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em quase todos os ambientes do SUP, com exceção da sala de emergência, já que durante este período não recorreram a este serviço crianças/jovens com necessidade de cuidados emergentes. Na sala de triagem, pela inexistência da formação específica em Triagem de Manchester, foi possível colaborar na sua realização, mas sempre com a supervisão e aval da EEESIP supervisora clínica.

Esta experiência formativa considerou-se como essencial na aquisição das competências exigidas ao EEESIP no sentido de dar repostas complexas, quer técnicas, quer relacionais, bem como para adquirir conhecimentos e habilidades para uma rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. Dada a especificidade inerente à variedade de patologias e de diferentes níveis de gravidade que recorrem a este serviço, considera-se uma experiência promotora da aquisição de uma ampla gama de conhecimentos e prestação de cuidados diferenciados e variados enquanto EEESIP (OE, 2018).

Durante o estágio, a gestão da dor da criança/jovem foi uma preocupação constante já que existia o reconhecimento de que as crianças têm dor, que guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo, pelo que foram sempre implementadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para a sua minimização (DGS, 2010).

Como forma de melhor uniformizar os cuidados, a equipa de enfermagem dispunha de protocolos de atuação relacionados com diversas áreas de intervenção de enfermagem, o que garantia, por um lado uma continuidade de cuidados de maior qualidade e, num contexto em que o tempo de atuação pode ser precioso, uma intervenção mais rápida e eficaz. Assim, entre outras, este SUP dispunha de uma Norma de Orientação Clínica (NOC) intitulada "Triagem de crianças e jovens em perigo", que consistia num documento que agregava, de forma sucinta, um conjunto de conceitos e orientações para o EEESIP que realizava a triagem crianças/jovens que se encontravam em situação de perigo.

Por interesse pessoal e face ao projeto de intervenção em curso, foi possível a realização de turnos no SUP com a EEESIP elemento integrante do NHACJR, o que constituiu

uma mais-valia na perceção do percurso das situações identificadas ou suspeitas de maus-tratos infantis, nomeadamente as situações de negligência infantil, permitindo ainda uma visão mais concreta do papel do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento destas situações.

Devido ao aumento das situações de maus-tratos e ao seu entendimento como um problema de saúde, as crianças e jovens em risco têm vindo a ganhar, nas últimas décadas, maior atenção por parte da sociedade e, em particular, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude (Leça et al., 2011). Assim, como entidade de primeiro nível de intervenção, operam os NACJR, aos quais são ratificadas competências na área da infância e juventude, com ação privilegiada em domínios como os da saúde, para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e jovens, em geral, e em particular das que se encontram em situação de risco ou perigo (Leça et al., 2011).

Ao assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, visando a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em risco, compete ao EEESIP implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, estabelecendo e mantendo uma rede de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados, identificando situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco), sensibilizando os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, suas consequências e importância da prevenção (OE, 2018).

Considera-se, assim, que aos EEESIP compete estarem despertos para os sinais de alerta, já que a notificação de situações de maus-tratos é obrigatória por lei, e os EEESIP, sendo detentores do conhecimento e competências específicas, possuem capacidade para diagnosticar, intervir e promover medidas preventivas (OE, 2018).

Para os profissionais da saúde a habilidade para identificar os indícios de maus-tratos, nomeadamente situações de negligência, é de fundamental importância, no entanto nenhum profissional sozinho pode ser responsável pelo diagnóstico e proteção de uma criança/jovem em risco (Martins, 2008). Todas as suspeitas de maus-tratos infantis devem ser partilhadas

para que possam ser confirmadas e implementadas medidas de intervenção e suporte antes que a situação atinja um dano grave e irreversível para a vítima, assim, todos têm o dever de cooperar, manter-se atentos e informados de forma a intervir nuns e prevenir outros (Martins, 2008).

Como forma de aumentar o leque de conhecimentos nesta valência foi, também, frequentado um webinar com o tema "Maus-tratos na infância e juventude: vítimas silenciosas" que se considerou uma mais-valia para o estágio em curso e para o desenvolver do projeto de intervenção (Anexo 1).

Embora não sendo o foco central da realização deste estágio, foi também possível a realização de dois turnos no hospital de dia de pediatria, sob a supervisão de uma EEESIP, o que permitiu maior perceção do papel do enfermeiro neste contexto tão particular, bem como o desenvolvimento de conhecimentos e competências na prestação de cuidados, maioritariamente, a crianças/jovens com doenças crónicas.

2.1.4. Serviço de internamento de pediatria

O estágio final teve o seu terminus no Serviço de Internamento de Pediatria, de um Centro Hospitalar, sob supervisão clínica de uma EEESIP.

A missão de um internamento de pediatria tem as suas bases numa prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados, de qualidade, adequados e atempados, articulando-se com diferentes recursos da comunidade, garantindo, assim, uma prestação de cuidados de excelência. Os principais valores subjacentes na prestação de cuidados são a individualidade dos mesmos, atendendo aos interesses das crianças/jovens e suas famílias, respeitando sempre a particularidade de cada pessoa e cada situação.

O SIP onde decorreu o estágio incluía enfermarias maioritariamente de 3 camas, no entanto, devido à situação pandémica a lotação de cada quarto estava reduzida para 2 crianças/jovens, sempre que possível. Este serviço incluía ainda 3 quartos individuais e um outro quarto individual para situações mais específicas, já que era um quarto de pressão negativa. No serviço estava ainda englobada uma sala de atividades onde constavam diversos brinquedos, alguns equipamentos de diversão digital e livros adequados a diferentes faixas etárias. Neste serviço de internamento existia, ainda, uma sala de tratamentos para a realização dos procedimentos invasivos, valorizando assim o conceito de ambiente seguro em pediatria.

O modelo dos cuidados pilar da prestação de cuidados no internamento era o modelo dos cuidados centrados na família, já que a família era incluída em todos os momentos da hospitalização da criança/jovem, podendo permanecer junto da mesma uma pessoa significativa durante todo o internamento, sendo considerada parceira nas tomadas de decisão e nos cuidados a prestar à criança/jovem. No sentido de envolver a família, fomentava-se a autonomia e a colaboração da pessoa significativa na vigilância e prestação de cuidados.

A equipa do SIP era constituída por enfermeiros, médicos pediatras, assistentes operacionais, administrativas, terapeutas da fala, assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeutas, educadoras de infância e com colaboração de diversos outros elementos, nomeadamente técnicos de audiometria e médicos de outras especialidades.

A equipa de enfermagem era constituída maioritariamente por EEESIP e a gestão do serviço ficava a cargo da enfermeira gestora (também EEESIP), que distribuía os diversos elementos da equipa de enfermagem pelas crianças/jovens internados, atendendo à situação particular de cada um e aos cuidados de enfermagem necessários. Assim, o método de trabalho instituído no serviço era o individual, em que o enfermeiro era responsável pela totalidade dos cuidados prestados a cada criança/jovem, assim como pelo seu planeamento e avaliação. Em situações particulares era estipulado um enfermeiro de referência, nomeadamente em situações de diagnóstico inicial de doença crónica, como o caso da diabetes inaugural, promovendo, nestes casos, uma mais adequada continuidade de cuidados e o encaminhamento para os diferentes recursos e apoios da comunidade. O trabalho de

equipa mostrou-se como fundamental nos cuidados às crianças/jovens no sentido de promover uma prestação de cuidados de maior qualidade.

Assim, estabeleceu-se como objetivo deste estágio adquirir/aprofundar conhecimentos, competências clínicas apropriadas à prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família, em contexto de doença, dando resposta às necessidades do seu ciclo de vida e desenvolvimento, no serviço de internamento de pediatria.

A hospitalização constitui, nos primeiros anos de vida, uma das primeiras crises que uma criança enfrenta, não só pela alteração do seu estado de saúde e das suas rotinas habituais como também por os seus mecanismos de *coping* para gestão de stress serem ainda reduzidos (Hockenberry et al., 2014). Com a hospitalização de uma criança surge também o medo do desconhecido e da separação dos pais, a perda de controlo e da sua autonomia habitual e o medo da dor e da lesão corporal, perceções estas que variam consoante a idade e o estadio de desenvolvimento da criança, as suas experiências anteriores de doença ou hospitalização e o suporte familiar existente (Hockenberry et al., 2014). Assim, torna-se fundamental que os enfermeiros, especialmente os EEESIP, reconheçam a importância do papel parental, assumindo-os como parceiros na prestação de cuidados aos filhos, o que implica destes profissionais uma mobilização de conhecimentos, habilidades e comportamentos que permitam a identificação e uma ação sobre a atitude dos pais, de forma a adequar a sua capacidade, conhecimento e aprendizagem, promovendo a parentalidade (OE, 2015).

A doença e a hospitalização apresentam-se, assim, como uma crise importante na vida da criança/jovem e da sua família, pelo que a inclusão familiar no processo de cuidar foi uma preocupação constante durante esta aprendizagem.

São muitas as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para reduzir o medo das crianças/jovens perante a hospitalização e perante a necessidades de cuidados para elas desconhecidos, apresentando-se estas como fundamentais para a exteriorização e verbalização dos medos e para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança/jovem e família (Silva, 2011). As estratégias mais comuns passam pelo envolvimento

dos pais na explicação do procedimento, esclarecimento sobre o procedimento de acordo com a idade, e o proporcionar um ambiente acolhedor, informal e adequado a cada situação (Silva, 2011).

Durante o estágio, sempre que se realizou a preparação para um procedimento doloroso, esta ocorreu numa sala específica para o efeito e atendeu-se à idade da criança/jovem bem como ao seu desenvolvimento cognitivo e às necessidades dos pais, procurando adequar-se a linguagem e as estratégias desenvolvidas, tais como, a redução do barulho, sucção não nutritiva, aleitamento materno, reforço positivo, distração e o brincar. A gestão da dor, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, foi uma preocupação constante durante todo o estágio. A par da promoção do conforto, a filosofia dos cuidados não traumáticos constituía uma premissa basilar da prestação de cuidados neste serviço, no sentido de fornecer cuidados de enfermagem que minimizassem o desconforto físico e psicológico experienciados pelas crianças e jovens.

Para enfrentar a vivência da ida ao hospital a criança/jovem necessita dispor de recursos para se expressar e vivenciar da melhor forma esta experiência. A brincadeira, nas suas mais variadas formas, constitui uma componente essencial na vida de uma criança/jovem sendo essencial que o EEESIP a utilize como veículo de intervenção para a promoção da saúde (Pereira et al., 2010). Reconhecendo-se o valor terapêutico da brincadeira enquanto atividade de desenvolvimento humano, é consensual que a sua incorporação nos cuidados de saúde se considera elementar para amenizar o medo, a ansiedade, a solidão e a angústia da separação (Pereira et al., 2010). O brincar terapêutico é, pois, essencial em todos os momentos da relação terapêutica, na medida em que promove o conhecimento mútuo e a parceria (Pereira et al., 2010).

Assim, durante este estágio foi possível desenvolver competências comunicacionais utilizando técnicas apropriadas à idade e características individuais de cada criança/jovem e família, bem como compreender o papel do EEESIP na utilização do brincar terapêutico. Como forma de minimizar a ansiedade associada à hospitalização das crianças/jovens foi também facilitada a comunicação expressiva de emoções através das técnicas de comunicação adequadas bem como atividades de distração. O serviço de internamento possuía uma sala de

atividades diversas, promotoras do desenvolvimento da criança, pelo que, atendendo à importância do brincar, procedeu-se à gestão dos cuidados de forma a proporcionar às crianças/jovens a oportunidade de brincarem na sala.

Ao longo deste estágio, houve a possibilidade de acompanhar a hospitalização de algumas crianças/jovens desde o seu acolhimento no serviço até ao momento da alta, colaborando com a EEESIP supervisora na prestação de cuidados de enfermagem ao longo de todo o internamento. O planeamento da alta, sendo um processo complexo, iniciou-se no momento de admissão da criança/jovem e família no serviço, continuando ao longo de todo o internamento, em todos os momentos de prestação de cuidados, sendo que a autonomia parental assume determinante importância aquando da transição da criança/jovem para o domicílio. Assim, o EEESIP deve, durante a hospitalização, capacitar crianças/jovens e pais com todos os conhecimentos e habilidades, de forma a promover uma autonomia responsável.

Neste contexto de prestação de cuidados foram aprofundados conhecimentos sobre os temas que constituíram maior dificuldade, contribuindo para alcançar o objetivo de prestar cuidados de qualidade, baseando a prática numa atitude reflexiva, âncora de todo o percurso de aprendizagem. A promoção da parentalidade e a promoção da capacitação parental, sendo objetivo central da prestação de cuidados em pediatria, e sendo os pais os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, constituem responsabilidade do EEESIP, promovendo a parentalidade em todas as suas dimensões (OE, 2015).

Cuidar da criança e do jovem pressupõe um conhecimento baseado numa abordagem centrada na criança/jovem e família, implicando o reconhecimento especializado e uma intervenção focada nas necessidades, características e expetativas desta díade (OE, 2011). Assim, aos serviços é atribuída a responsabilidade do treino dos profissionais de saúde na identificação precoce das crianças/jovens em risco, diagnóstico das situações de maus-tratos, tratamento das vítimas e encaminhamento para as estruturas de proteção adequadas (Martins, 2008). Corroborando a mesma ideia, Gonçalves (2014) afirma que os profissionais de saúde têm um protagonismo especial na prevenção, deteção precoce dos maus-tratos às crianças/jovens 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, sendo os contextos onde exercem funções locais de observação privilegiados.

Embora durante a realização do estágio não tenha surgido nenhuma situação de suspeita de negligência infantil, através de conversas informais com diversos elementos da equipa de enfermagem foi possível compreender o papel crucial do EEESIP no serviço de internamento perante estas situações, bem como a importância do EEESIP na prevenção da negligência infantil através da capacitação e aumento da literacia em saúde das crianças e jovens.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A realização de um Projeto de Intervenção, requisito para a atribuição do grau de mestre e título de especialista pela OE, teve um carácter transversal e foi desenvolvido no decorrer dos estágios em diferentes contextos de prestação de cuidados, os quais forneceram contributos e oportunidades de aprendizagem fulcrais para a operacionalização do projeto.

Um projeto de intervenção entende-se como um plano de trabalho estruturado, baseado na evidência científica existente, que define ações práticas com vista à resolução de um problema real identificado, que preocupa os intervenientes e que exige a sua participação ativa e sistemática, bem como da população em que se centra o projeto (Ruivo et al., 2010).

O tema do presente projeto de intervenção incluiu-se na linha de trabalho direcionada para a "Segurança e Qualidade de Vida" e centrou-se nos contributos do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil.

Para melhor perceção do projeto de intervenção concretizado, seguidamente será exposta a aplicação da metodologia de trabalho de projeto ao longo de todo o processo, bem como a análise das suas diferentes etapas, explanando-se a fase de planeamento, na qual serão desenhados os objetivos gerais e específicos do projeto, seguir-se-á a fase de execução com o esclarecimento das atividades e estratégias realizadas nos diversos contextos de estágio e, por fim, realizada a sua avaliação.

3.1. Metodologia de Trabalho de Projeto

O projeto de intervenção desenvolvido seguiu a metodologia de projeto. A metodologia de projeto consiste na procura de resolução de um problema real e que origina um ganho de conhecimentos e capacidades que permitem basear a prática em fundamentos

teóricos (Ruivo et al., 2010). Trata-se de um processo flexível que permite a resolução dos problemas identificados e consiste numa tentativa de intervenção que pode ser adaptada e reorientada ao longo de toda a implementação, possuindo como característica primordial a intencionalidade, já que existe um objetivo que dá sentido às atividades realizadas, e pressupõe autonomia e iniciativa, uma vez que os autores são responsáveis pelas fases do trabalho e respetivas escolhas no decorrer do mesmo (Ruivo et al., 2010). O projeto foca-se num problema real, implica complexidade na sua realização e estende-se ao longo do período de tempo necessário para a realização das suas fases (Ruivo et al., 2010).

Para Ruivo et al. (2010, p.4), a metodologia de projeto permite ao investigador compreender melhor a realidade da população afetada pelo problema em questão, o que possibilita um melhor planeamento e "uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade".

A metodologia de projeto é, assim, constituída por várias etapas, sendo elas o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, a planificação das atividades e recursos necessários, a execução das atividades planeadas e a avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

3.2. Diagnóstico de Situação

Considerada como a primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação procura elaborar uma descrição da realidade sobre a qual se pretende atuar e modificar, ou seja, a descrição pormenorizada e abrangente do problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção na área da saúde devem ser identificadas as necessidades de uma população, definindo-se estratégias e intervenções para que sejam criadas respostas de qualidade e que suprimam essas necessidades (Ruivo et al., 2010). É nesta fase inicial do processo que se definem os problemas, se estabelecem prioridades e se selecionam os recursos (Ruivo et al., 2010). Para Ruivo et al. (2010), os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada, estando mais capacitados para identificar e atuar perante os problemas da população com quem mantêm contacto.

A fim de se percecionar a recetividade ao tema, a sua viabilidade e potencialidade para a implementação do projeto de intervenção, a formulação do problema foi executada a partir do uso conjunto de diversas metodologias, nomeadamente, a observação dirigida, entrevistas informais e pesquisa bibliográfica (Ruivo et al., 2010).

Assim, o diagnóstico de situação do presente projeto de intervenção foi elaborado, inicialmente, com base na prestação de cuidados diária, através de uma observação desarmada, tanto das crianças/jovens como dos pais e dos profissionais de saúde, onde a problemática da negligência infantil é cada vez mais frequente (Ruivo et al., 2010). Este método está em concordância com o descrito por Ruivo et al. (2010) ao mencionar o recurso à observação direta das pessoas e do contexto como ponto de partida fiável.

A par da observação realizada, a consulta dos dados nacionais disponíveis, nomeadamente do Relatório Anual de 2020 da Avaliação da Atividade das CPCJ bem como do Relatório Anual de 2020 das Estatísticas da APAV, suportaram a pertinência desta problemática, uma vez que existia uma subida nos números relativamente à comunicação de situações de negligência infantil relativamente aos dados do ano de 2019, tornando este tema cada vez mais atual.

Face à pandemia por COVID-19 e à consequente alteração das rotinas das crianças/jovens e suas famílias, bem como ao aumento dos fatores de risco de negligência infantil e diminuição dos apoios e recursos da comunidade, torna-se imperativo que os profissionais de saúde, especialmente os EEESIP, pelo contacto privilegiado com as crianças e jovens, atuando na sua proteção, se adaptem com rapidez e prontidão no planeamento de

estratégias e intervenções focadas no bem-estar e segurança infantil, que consigam ultrapassar ou contornar as barreiras impostas pela vivência da pandemia.

Nos últimos anos têm sido inúmeros os ganhos relativos à proteção dos direitos das crianças, nomeadamente, na proteção das crianças/jovens contra a violência, abuso e negligência, pelo que não se pode permitir que esses ganhos sejam perdidos pela vivência desta situação devastadora. Assim, os EEESIP devem continuar a ser considerados os "advogados" das crianças/jovens defendendo a sua segurança através de uma prestação de cuidados de qualidade e que atente a esta nova realidade.

Pelas lacunas ainda existentes acerca da temática, torna-se essencial a investigação que abranja estas intervenções da prática de cuidados de enfermagem, como forma de aumentar o leque de possibilidades de atuação e, consequentemente, aumentar a qualidade dos cuidados prestados às crianças/jovens e família e garantir uma prestação de cuidados promotora da minimização das situações de negligência infantil.

No sentido de efetuar um diagnóstico de situação completo e que fosse ao encontro da realidade vivida atendeu-se, posteriormente, à opinião de especialistas na área, nomeadamente das EEESIP supervisoras clínicas e EEESIP gestoras dos serviços, através da realização de reuniões com carácter informal. Foi também realizada uma reunião com a Professora Coordenadora como forma de completar a validação da problemática. Através da realização destas reuniões foi também possível compreender os meios e recursos disponíveis nos diversos contextos de estágio, bem como definir as atividades e estratégias facilitadoras da implementação do projeto de intervenção. Foram auscultados, também, elementos da equipa de enfermagem como forma de validar a recetividade das atividades propostas, bem como a pertinência do tema e adequação aos contextos de prestação de cuidados.

Para Fortin (1999), a entrevista é um dos métodos de colheita de dados que permite obter informações baseadas em depoimentos dos sujeitos relativas aos factos, ideias, comportamentos, preferências e expectativas, funcionando como método para examinar conceitos, relações e hipóteses, como instrumento de medida ou como complemento na validação de resultados obtidos. Existem dois tipos de entrevista, a estruturada e a não

estruturada, de acordo com os objetivos do investigador em causa (Fortin, 1999). Neste projeto em particular, seguiram-se os parâmetros de uma entrevista informal não estruturada, privilegiando-se a compreensão da significação dada pelo entrevistado ao fenómeno em estudo, com base em questões não predeterminadas, numa conversação menos formal (Fortin, 1999).

Assim, globalmente, foi possível verificar que todos os elementos entrevistados reconheciam o tema como pertinente e adequado ao ambiente de cuidados, existindo disponibilidade para colaborar na realização do projeto de intervenção.

Como forma de aumentar o leque de conhecimentos e especificidades da problemática nos diferentes contextos de estágio, foi realizada pesquisa bibliográfica com consulta de matérias sobre a temática e complementada com pesquisa nas bases de dados científicas, de artigos atuais e relevantes. Fortin (1999) refere que a literatura serve para documentar as ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação.

Após a escolha da temática do projeto de intervenção, foi necessário definir também a população-alvo, isto é, a população estudada junto da qual se recolhe a informação e que tem características comuns que a define como tal (Fortin, 1999). Pela impossibilidade de se estudar a totalidade da população-alvo, propôs-se estudar uma amostra representativa da mesma (população acessível) (Fortin, 1999).

A população utilizada neste projeto tratou-se de uma amostra não probabilística acidental, na medida em que foi o contexto e o momento que determinaram a sua escolha (Fortin, 1999). Tratou-se de uma amostra acidental, ou denominada de conveniência, já que as pessoas incluídas na população-alvo estavam acessíveis e correspondiam a determinados critérios de inclusão, tendo como principal desvantagem o facto de ser uma amostra pouco representativa da população em geral, sendo limitada a generalização dos dados obtidos (Fortin, 1999). Neste projeto de intervenção a população-alvo diferiu em cada contexto do estágio.

3.3. Objetivos do Projeto

Após a formulação do problema torna-se imperativo a definição dos objetivos do projeto já que estes constituem representações antecipatórias da ação que se pretende realizar, apontando o resultado desejado (Ruivo et al., 2010). Os objetivos podem ser gerais ou específicos, sendo que os objetivos gerais são delineados atendendo às capacidades e conhecimentos a adquirir e dizem respeito a competências amplas, e os objetivos específicos são indicadores de competências que devem ser adquiridas ao longo do percurso e são o resultado da subdivisão do objetivo geral (Ruivo et al., 2010).

Assim, o objetivo geral estabelecido para este projeto de intervenção foi:

- Promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil.

Tendo em consideração a transversalidade do projeto a todos os locais de estágio e, atendendo à especificidade e características de cada um, foram elencados os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar as equipas de enfermagem para a problemática dos maus-tratos infantis encarando-os como um problema de saúde pública a nível mundial;
- Otimizar estratégias que visem capacitar as crianças/jovens a identificar eventuais situações de risco através do reconhecimento dos seus direitos enquanto crianças/jovens (desenvolvido na CEP e SIP);
- Otimizar estratégias que visem capacitar os pais nos cuidados aos filhos como forma de minimizar as situações de negligência infantil por desconhecimento (desenvolvido no SMINP);
- Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros a atuar perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens (desenvolvido no SUP);
- Desenvolver competências específicas de EEESIP relacionadas com a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de situações de negligência infantil.

3.4. Planeamento do Projeto

A terceira fase da metodologia de projeto corresponde ao planeamento, onde é elaborado um plano detalhado com a planificação das atividades a desenvolver, os recursos necessários e as limitações e condicionantes do projeto em causa (Ruivo et al., 2010). As atividades são calendarizadas através da elaboração de um cronograma que, sendo dinâmico e flexível, pressupõe reajustes ao longo do tempo (Ruivo et al., 2010). As atividades, meios e estratégias definidos procuram ir ao encontro dos objetivos anteriormente traçados (Ruivo et al., 2010).

Assim, a elaboração do cronograma considerou-se pertinente pois serviu de guia orientador e estruturante do trabalho desenvolvido ao longo de todo o percurso formativo. Estavam incluídas neste cronograma as atividades planeadas, devidamente calendarizadas de acordo com os objetivos definidos e atendendo ao tempo previsto para a sua execução. Este instrumento de trabalho, por ser adaptável às eventuais condições e condicionantes nos diversos contextos de estágio, foi submetido a uma revisão estrutural e temporal, sendo a esquematização final apresentada no Apêndice I.

O Apêndice II engloba o planeamento do projeto de intervenção, com a descrição dos objetivos, atividades a desenvolver, recursos materiais e humanos necessários e modo de avaliação em cada objetivo específico**.** Em todas as interações realizadas com as crianças/jovens e descritas no planeamento supramencionado atentou-se à idade e estadio de desenvolvimento dessa população, assim como priorizou-se a utilização do brincar como estratégia para o aumento da literacia em saúde das crianças/jovens já que, para esta população o método mais eficaz de aprendizagem e esclarecedor de dúvidas é através de jogos e brincadeiras que permitem compreender, ajustar e elaborar as suas experiências de vida, proporcionando maior desenvolvimento físico, social e mental (Wong, 1997).

Após a concretização de todos os aspetos formais do projeto de intervenção, e aspetos sugeridos nos diferentes locais de estágio, procedeu-se à sua implementação.

No sentido de realizar as atividades planeadas consideraram-se as estratégias praticáveis, através da planificação de todo o projeto, atendendo aos recursos disponíveis, métodos de execução e a articulação entre os elementos centrais do mesmo (Ruivo et al., 2010). Assim, foi realizado o levantamento dos meios disponíveis para a realização das atividades, ou seja, os recursos humanos e materiais necessários. No decorrer de todos os estágios foi necessário atender à situação pandémica atual já que, nesse sentido, foi necessário alterar planeamentos já realizados, sendo crucial respeitar as regras de distanciamento social, a evicção de atividades que aglomerassem muitas pessoas no mesmo espaço físico, bem como respeitar os timings e normas dos serviços onde decorreram os estágios.

No que se referiu a recursos humanos, enalteceu-se as equipas de enfermagem dos serviços onde decorreram os estágios pela disponibilidade demonstrada, desempenhando um papel colaborativo essencial à realização do projeto, sendo considerados os principais agentes de mudança e de procura pela melhoria contínua na prestação de cuidados à criança/jovem e família.

O envolvimento dos enfermeiros em projetos de melhoria configura premissa essencial do enfermeiro especialista e deve assentar na mais recente evidência científica (OE, 2019). A pesquisa bibliográfica considerou-se, assim, como uma mais-valia no desenvolvimento do projeto pois garantiu a especificidade e fidelidade da informação (Fortin, 1999).

Ao longo de todo o processo foram também considerados todos os contributos individuais dos elementos das diferentes equipas de enfermagem, nomeadamente os contributos e ajuda essencial das EEESIP supervisoras de estágio e da professora coordenadora.

3.5. Execução do Projeto

A fase de execução do projeto corresponde à fase de colocar em prática tudo o que foi planeado (Ruivo et al., 2010).

A passagem do esboço mental do projeto para a realidade faz com que os intervenientes se deparem com potenciais problemas ou novas possibilidades que, ao serem resolvidas e superadas, têm o potencial de aumentar o leque de competências dos participantes (Ruivo et al., 2010).

Atendendo à pandemia que se vivenciava, alguns constrangimentos surgiram no planeamento das atividades propostas nos diferentes contextos de estágio, já que a evicção de aglomeração de pessoas foi uma das recomendações para prevenção da disseminação da COVID-19. Assim, as sessões de educação para a saúde com pais ou crianças/jovens bem como sessões de formação presencial às equipas de enfermagem foram exemplos de atividades que ficaram suspensas. Embora reconhecidos como constrangimentos ao projeto de intervenção considerou-se que, respeitando as medidas recomendadas para controlo da pandemia, esses obstáculos foram ultrapassados e propostas novas atividades que visavam o mesmo objetivo.

A prática baseada na evidência é um método que conduz ao desenvolvimento e/ou utilização dos resultados obtidos em estudos, na prática clínica. Assim, "devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura", nomeadamente revisões sistemáticas da literatura (Mendes et al., 2008, p.758). Ao longo dos estágios foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre as Intervenções de Enfermagem que contribuem para Minimizar o Risco de Maus-tratos Infantis durante a Pandemia COVID-19, no sentido de aumentar o leque de conhecimentos sobre esta temática numa fase tão particular a nível mundial, contribuindo para melhor planear as atividades a desenvolver no decorrer dos estágios (Apêndice III). Além da supramencionada revisão sistemática da literatura, com o intuito de responder a todos os objetivos estipulados, em cada estágio foi realizada uma pesquisa bibliográfica no sentido de melhor delinear os conteúdos a abordar atendendo ao contexto específico de prestação de cuidados.

A *sensibilização das equipas de enfermagem para a problemática dos maus-tratos infantis enquanto problema de saúde pública a nível mundial*, temática central deste projeto de intervenção, foi uma atividade transversal a todos os contextos de estágio. Enquanto formador em contexto de trabalho, o enfermeiro especialista deve ser um elemento facilitador do processo de aprendizagem profissional e, consequentemente, potenciador da capacitação e desenvolvimento da equipa prestadora de cuidados, devendo contribuir para o seu benefício pessoal, profissional e social (OE, 2019). Assim, após apresentação do projeto de intervenção e definição de conteúdos, bem como discussão da sua aplicabilidade nos serviços, foi notório que as equipas de enfermagem foram, progressivamente, ficando mais sensíveis ao tema, colocando diversas questões em momentos de interação informais, tornando-se elementos fulcrais para o desenvolvimento do projeto de intervenção graças à sua disponibilidade e colaboração.

Atendendo à especificidade dos diferentes locais de realização dos estágios bem como atendendo à alargada faixa etária alvo dos cuidados de enfermagem incluída nestes serviços, houve a necessidade de selecionar populações diferentes para cada atividade proposta, em cada contexto de prestação de cuidados.

Durante a interação com as crianças/jovens nas consultas de enfermagem, no serviço de consultas externas de pediatria, foi notório o pouco conhecimento que as mesmas detinham cerca dos seus direitos enquanto crianças tendo, por conseguinte, dificuldade em identificar quando estes direitos não eram respeitados. Assim, atendendo à dinâmica da CEP, à situação pandémica vivida que alterou, significativamente, as consultas realizadas (muitas consultas realizadas apenas através de chamada telefónica) e, consequentemente, ao maior intervalo entre as consultas de vigilância (com a maioria das crianças/jovens apenas houve um contacto presencial durante o decorrer do estágio), considerou-se pertinente incluir na atividade proposta as crianças a partir da idade escolar. É a partir desta faixa etária que as crianças/jovens estão mais ansiosos para desenvolver habilidades e participar de trabalhos significativos e socialmente úteis (Wong, 1997).

Com a intenção de responder ao objetivo *otimizar estratégias que visem capacitar as crianças/jovens a identificar eventuais situações de risco através do reconhecimento dos seus*

direitos enquanto crianças/jovens e após auscultação junto da EEESIP supervisora e da Enfermeira Gestora das CEP para validar o observado durante as consultas de enfermagem, foi realizado um quadro referente aos direitos das crianças (Apêndice IV), colocado por diversos pontos estratégicos do espaço físico da consulta externa, nomeadamente a sala de espera, a sala de colheitas e procedimentos e diversas salas de consultas de enfermagem. A disponibilização de conteúdos escritos e gráficos considerou-se como uma oportunidade valiosa na promoção da literacia em saúde, nomeadamente com a realização de cartazes (DGS, 2019).

Através da observação do quadro, as crianças e jovens conseguiram, mais facilmente, apreender a informação conversada durante as consultas de enfermagem, servindo também de ponto de partida para o início de esclarecimentos e discussões sobre o tema. As crianças e jovens apresentavam-se numa fase do ciclo de vida de elevada curiosidade, constituindo um momento-chave para a transmissão de informação de saúde que induzia a aquisição de hábitos e estilos de vida promotores de saúde (DGS, 2019).

Posteriormente foi pedida a colaboração das crianças a partir dos 6 anos, clientes da consulta externa, no sentido de realizarem desenhos alusivos aos seus direitos, que foram expostos em forma de estendal a partir do dia 20 de novembro, dia da comemoração dos direitos das crianças, na sala de espera da consulta, espaço por onde passavam todas as crianças/jovens antes das consultas das diversas especialidades (Apêndice V). O desenvolvimento de campanhas direcionadas para o aumento da consciencialização sobre o papel das crianças/jovens na gestão da sua própria saúde e bem-estar surge como um meio privilegiado para a promoção da literacia em saúde (DGS, 2019). É cada vez mais importante que sejam disponibilizadas ferramentas que facilitem a interpretação da informação que é disponibilizada às crianças/jovens para que estas possam tomar decisões e opções de forma consciente (DGS, 2019). A exposição dos desenhos na sala de espera, à vista da grande maioria das pessoas que recorriam às CEP, foi considerada uma estratégia promotora da participação e interesse de um maior número de crianças/jovens já que, nesta faixa etária, o reforço ou recompensa e o reconhecimento fornecem o encorajamento e estimulação para a aquisição de habilidades (Wong, 1997).

Também no serviço de internamento de pediatria o objetivo foi *otimizar estratégias que visem capacitar as crianças/jovens a identificar eventuais situações de risco através do reconhecimento dos seus direitos enquanto crianças/jovens* pelo que, como forma de abranger um maior leque de crianças/jovens de variadas idades, e após sugestão da EEESIP supervisora e da Enfermeira Gestora do serviço, foi realizado um poster referente aos direitos das crianças para colocação no corredor do serviço, tendo como particularidade ser percetível e cativante para crianças desde a idade pré-escolar até à adolescência (Apêndice VI). Além disso, como forma de despertar estas crianças/jovens para situações de perigo foi também realizado um poster referente a sinais de alerta para situações de maus-tratos, bem como os principais contactos para denúncia dos mesmos (Apêndice VII), já que um dos métodos aconselhados para a promoção da literacia em saúde é o de informar as pessoas sobre os meios disponíveis para obterem mais informação e apoio relativamente à sua saúde (DGS, 2019).

Como forma de cativar a visualização e interpretação da informação contida nos posters foi pedido a colaboração às crianças/jovens para a interpretação dos mesmos. Face às restrições existentes pela pandemia, não foi possível realizar uma sessão de educação para a saúde conjunta alusiva ao tema do projeto (com base nos posters) com as crianças/jovens, tendo esta participação na interpretação dos mesmos sido realizada de forma individual na unidade de cada cliente. Cada vez mais, as crianças/jovens procuram obter mais informação e maior interação com os profissionais de saúde, abandonando o papel de beneficiários passivos de instruções, assumindo uma participação ativa no processo de aprendizagem e no estabelecimento de objetivos, sendo, por isso, fulcral a melhoria da comunicação entre os enfermeiros e as crianças/jovens alvo dos cuidados, no sentido de contribuir para melhorar a adesão das mesmas e, por conseguinte, promover a obtenção de mudanças comportamentais e a identificação de situações de risco, com vista à minimização de situações de perigo (DGS, 2019).

Para alcançar o objetivo *otimizar estratégias que visem capacitar os pais nos cuidados aos filhos como forma de minimizar as situações de negligência infantil por desconhecimento* e, após verificação da aplicabilidade do projeto no serviço de medicina

intensiva neonatal e pediátrica, foi considerada a população, na UCIN, os pais dos recém-nascidos internados, independentemente do motivo ou idade gestacional.

O desconhecimento dos pais face aos cuidados ao bebé pode resultar em dificuldades na satisfação das suas necessidades e, consequentemente, em situações de negligência infantil. Atendendo a que pais com mais conhecimentos prestam melhores cuidados aos seus filhos, promovendo o seu desenvolvimento saudável, e pela preocupação constante dos pais relativamente ao momento da alta, considerado um momento de grande ansiedade e medo, foi desenvolvido um filme de preparação para a alta do RN, abrangendo de forma clara e sucinta alguns temas dos cuidados diários do bebé, nomeadamente o transporte do RN, o banho, a alimentação do bebé, o sono, os brinquedos, a vinculação e a saúde.

A instrução antecipada dos pais para os cuidados comuns do RN, os específicos de cada situação particular e as orientações respeitantes à vigilância de saúde, constituem cuidados antecipatórios de suma importância (DGS, 2013). No PNSIJ é salientada a

> "Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde" (DGS, 2013, p.3).

Assim, deve ser promovido o

> "reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo" (DGS, 2013,p.3).

A promoção da literacia em saúde relaciona-se com o desenvolvimento de capacidades pessoais que permitem o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, bem como a

sua capacidade para procurarem informação e assumirem responsabilidades, sendo neste sentido fundamental para o assumirem a satisfação das necessidades do RN de forma autónoma e fora do contexto hospitalar (DGS, 2019).

O filme foi disponibilizado na sala de pais onde estes permaneciam em horário livre, ora para descansar ou simplesmente para comer uma refeição rápida. Era também nessa sala que permaneciam os pais quando era necessário realizar algum procedimento invasivo, que requeria a sua saída de junto das incubadoras ou berços.

A divulgação do filme foi realizada através da elaboração de um poster colocado em três pontos estratégicos do serviço (Apêndice VIII). Foi ainda disponibilizado um QRCode aos pais para a visualização do filme no domicílio (Apêndice IX), podendo partilhá-lo com os seus conjugues ou familiares mais próximos no sentido de lhes aumentar, também, o leque de conhecimentos e, consequentemente, aumentar a confiança na prestação de cuidados ao bebé. O aproveitamento da tecnologia e das ferramentas digitais para fornecer informações de saúde atendendo às necessidades específicas das pessoas, nomeadamente a utilização de sites ou aplicações, é um dos métodos indicados para o aumento da literacia em saúde (DGS, 2019).

Como forma de atingir o objetivo de *otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros a atuar perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens* foi realizada auscultação da EEESIP, elemento do NHCJR, pertencente ao serviço de urgência pediátrica, acerca das necessidades formativas da equipa de enfermagem no âmbito da temática em estudo e consultadas as normas existentes no serviço relativas à temática dos maus-tratos. Assim, foi desenvolvido um protocolo de intervenção com o objetivo de estabelecer linhas orientadoras de intervenção de enfermagem perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens que recorrem ao SUP. No protocolo realizado constavam os principais sinais, sintomas e indicadores das diferentes práticas de maus-tratos (negligência, mau-trato físico, psíquico/emocional, abuso sexual e síndroma de Munchausen por Procuração), o fluxograma de atuação dos enfermeiros e encaminhamento destas situações, as principais estratégias para abordar as crianças/jovens e famílias que vivenciam estas situações e as indicações dos registos de enfermagem a efetuar (Apêndice X).

Com o objetivo de *desenvolver competências específicas de EEESIP relacionadas com a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de situações de negligência infantil* todas as atividades anteriormente referidas tiveram o seu contributo. Além disso, considerou-se também fulcral a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem, em diferentes contextos, com vista à diminuição do risco da vivência de situações de negligência infantil bem como uma identificação precoce dessas situações, a sua sinalização e encaminhamento adequados. Todas as situações suspeitas de negligência infantil foram sinalizadas e encaminhadas, ainda que, no decorrer nos diversos estágios, tenha sido impossível acompanhar todo o processo nestas situações.

3.6. Avaliação do Projeto

A fase de avaliação de um projeto de intervenção engloba todos os momentos em que se questiona o trabalho desenvolvido, sendo constituída, de forma geral, pela avaliação intermédia/ depuração que se realiza no decorrer do projeto, e pela avaliação final, realizada no final do mesmo, e que avalia todo o processo evolutivo e o resultado final (Ruivo et al., 2010).

A avaliação intermédia constitui um intervalo reflexivo sobre o trabalho desenvolvido, onde se realizam os ajustes considerados necessários, permitindo desenvolver sugestões de melhoria ou atividades que, embora não planeadas, se considerem pertinentes e úteis para o projeto em estudo, sendo, portanto, um processo dinâmico (Ruivo et al., 2010).

A avaliação final, com um papel determinante no projeto de intervenção, avalia o resultado obtido, verificando a concretização dos objetivos delineados (Ruivo et al., 2010).

Existem diversos instrumentos de avaliação passíveis de serem utilizados no desenvolvimento de um projeto de intervenção, nomeadamente a observação desarmada, as entrevistas, os questionários ou discussões em grupo (Ruivo et al., 2010).

Assim, durante o desenrolar deste projeto de intervenção foram realizadas avaliações intermédias para verificar a pertinência e adequação das atividades implementadas e, concomitantemente, reajustar estratégias face às dificuldades ou constrangimentos percebidos.

A avaliação das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio foi realizada, na sua maioria, através da verificação da adesão dos participantes bem como na aquisição dos conhecimentos explanados/discutidos. A possibilidade de implementação do projeto de intervenção nos diversos locais de estágio considerou-se também como um ponto positivo já que, devido à situação de pandemia vivenciada, as atividades formativas presenciais bem como as sessões de educação para a saúde e outras atividades que pressupunham maior ajuntamento de pessoas, foram canceladas.

Atendendo à situação supramencionada e por uma questão de limitação temporal, a implementação do projeto de intervenção não foi possível na sua totalidade, particularmente a fase de avaliação final, já que as atividades propostas decorreram, maioritariamente, no final dos estágios, sendo redutora a generalização da avaliação conseguida. No entanto, foi possível executar as atividades definidas nos diferentes contextos de prestação de cuidados, contribuindo para aumentar a capacitação tanto das crianças/jovens e suas famílias como dos enfermeiros relativamente à promoção da segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil e contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Desta forma, uma vez que o projeto de intervenção continuou a ser implementado nos diferentes serviços, será possível realizar uma avaliação final mais precisa posteriormente.

A última fase da metodologia de projeto diz respeito à divulgação dos resultados que, de acordo com Ruivo et al. (2010), diz respeito à fase em que se apresentam os resultados à população em geral e às entidades consideradas relevantes no enquadramento da temática.

Uma das formas de divulgação dos resultados é através da elaboração de um relatório de projeto que, tratando-se de um documento onde se materializa todo o desenvolvimento do projeto, se considera um instrumento fundamental para a transmissão de informação e conhecimento, descrevendo o caminho percorrido na resolução de um problema identificado (Ruivo et al., 2010). Assim, a divulgação dos resultados é considerada um dever ético do pesquisador, já que a investigação acrescenta conhecimento à comunidade científica e, no que se refere à enfermagem, promove tomadas de decisão adequadas para uma melhor prestação de cuidados aos clientes, contribuindo para uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem (Ruivo et al., 2010).

Através da concretização das várias fases da metodologia de projeto, e reunindo esforços para superar os constrangimentos sentidos, consideraram-se como alcançados os objetivos geral e específicos definidos para o projeto.

4. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: ANÁLISE REFLEXIVA

A prestação de cuidados de saúde de excelência requer, cada vez mais, maior exigência técnica e científica, considerando-se a especialização uma realidade que acompanha grande parte dos profissionais da área. Assim, ao enfermeiro especialista reconhece-se a "competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados", abrangendo dimensões como a "educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente" que vise apoiar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (OE, 2019, p.4744).

O desenvolvimento de competências especializadas assegura que o enfermeiro especialista seja dotado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que lhe permite, na sua prática diária, identificar as necessidades de uma população específica e atuar nos diferentes contextos das suas vidas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Corroborando a mesma ideia Benner (2001) afirma que, com o desenvolvimento de competências, consolidado através da experiência diária da prática clínica, torna-se imperativo refletir sobre a relação entre os conhecimentos e habilidades adquiridos através da experiência profissional e os adquiridos com os conhecimentos teóricos e o comportamento ético. Passar de iniciado a perito, enquanto enfermeiro, pressupõe que se conseguiu transpor saberes e integrar novas competências já que, o "desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina aplicada consiste em desenvolver o co-conhecimento prático", através da investigação e da experiência prática (Benner, 2001, p.32). Assim, ao enfermeiro "perito" reconhece-se a capacidade para tomar decisões, comunicar de forma eficaz, ser flexível, atuar com responsabilidade e criatividade, ser crítico e interventivo e ter uma conduta ética e deontológica que suporta a sua ação (Benner, 2001). Ser um enfermeiro perito significa que se ultrapassou um estágio em que se era apenas proficiente e competente, para um estágio onde se consegue operacionalizar todo o conhecimento teórico e prático no dia-a-dia (Benner, 2001).

O percurso formativo incluiu a realização de estágios em contextos de prestação de cuidados distintos e complementares, que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais, imprescindíveis à prestação de cuidados especializados, holísticos e personalizados à criança/jovem e família.

Assim, com a concretização do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi possível consolidar os conhecimentos adquiridos na fase teórica e desenvolver novos conhecimentos, habilidades e competências em contexto de prática de cuidados, estabelecendo-se uma relação entre as fontes de conhecimento teóricas e a praxis.

No presente capítulo será, assim, explanada a análise reflexiva do desenvolvimento de competências, com base nos objetivos delineados para os estágios, e como forma de evidenciar a reflexão da prática dos cuidados, a tomada de decisão apoiada nos referenciais teóricos e na evidência científica, através da aquisição de competências de Mestre e competências comuns e específicas do EEESIP.

4.1. Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são, de acordo com o explanado pela OE (2019, p.4745),

> "as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria".

As competências comuns do enfermeiro especialista são enquadradas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Nestes domínios prevalecem as dimensões técnica, científica, relacional e ética como parte integrante do campo do conhecimento (OE, 2019).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As duas competências inerentes a este domínio (desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais) assumem-se como guia orientador de uma prestação de cuidados segura, regida pelos princípios éticos e pelo Código Deontológico da profissão, que visa uma prestação de cuidados responsável, com respeito pelos direitos humanos e pelas melhores práticas baseadas na vontade e escolha do cliente (OE, 2019).

Como já referido anteriormente no presente relatório, os cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assentam sobre dois modelos de cuidados, nomeadamente os cuidados centrados na família e o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Assim, o enfermeiro que cuida da criança/jovem estabelece com ela uma parceria nos cuidados e assume a sua família como parte integrante e ativa em todo o processo de cuidar. Durante os diferentes estágios foi promovido o desenvolvimento deste domínio de competências na prestação de cuidados às crianças/ jovens e suas famílias.

Ao longo do desenvolvimento de competências no âmbito dos estágios realizados, foi assegurado um atendimento atempado às crianças/jovens e famílias, explicados todos os cuidados de enfermagem prestados, esclarecidas as possíveis dúvidas e respeitada a privacidade de cada criança/jovem e família, durante o exercício das funções.

No decorrer do projeto de intervenção, foram considerados todos os pressupostos éticos e legais subjacentes à implementação do projeto e garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes.

As reuniões concretizadas durante os estágios com as EEESIP supervisoras e a Professora Coordenadora permitiram, também, uma análise reflexiva sobre a atuação em contexto de prática clínica, no que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no sentido de nortear a prestação de cuidados garantindo o respeito pelos aspetos legais inerentes, bem como o respeito pela ética e pela deontologia que rege a profissão. Foram, também, considerados os princípios e valores subjacentes à profissão, respeitando o sigilo profissional e atuando de forma a assegurar sempre o superior interesse das crianças/jovens, atendendo à sua especificidade e ao contexto tão particular como é o ambiente hospitalar.

A possibilidade de participar nos momentos de partilha entre as equipas de enfermagem e as equipas multidisciplinares dos serviços, constituíram momentos de grande aprendizagem, de análise das práticas realizadas e do processo de tomada de decisão, o que permitiu uma melhoria contínua dos cuidados.

As competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal exigem um conhecimento aprofundado no que respeita aos direitos humanos, nomeadamente, a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e, em particular, os documentos reguladores direcionados para as crianças e jovens como a Convenção dos Direitos da Criança e os Direitos da Criança Hospitalizada. A prática de enfermagem exige, ainda, o cumprimento e respeito pelos documentos orientadores da profissão, como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico.

Assim, analisando a conduta evidenciada ao longo dos estágios e os conhecimentos obtidos ao longo da experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais, considera-se que as competências deste domínio foram adquiridas. O sucesso na aquisição destas competências deveu-se às tomadas de decisão conscientes e sustentadas nos princípios éticos e deontológicos

da profissão de enfermagem, tendo como princípios a segurança, privacidade e dignidade da criança/jovem e família.

Domínio da Melhoria da Qualidade

No âmbito do domínio Melhoria Contínua da Qualidade cabe ao enfermeiro especialista "um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica", promovendo a conceção de projetos, participando no seu planeamento e implementação, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados bem como ao aumento da qualidade em saúde (OE, 2019, p.4747).

No que se refere ao desenvolvimento de práticas de qualidade, gestão e colaboração em programas de melhoria é de responsabilidade do enfermeiro especialista reconhecer a premência de avaliação e revisão das práticas, bem como o planeamento, implementação e liderança em programas de melhoria contínua (OE, 2019, p.4747).

Assim, durante a experiência formativa de estágio, procurou-se colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade instituídos nos serviços, visando a melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente o NIDCAP operacionalizado no contexto de UCIN ou o projeto institucional de gestão da dor que abrange todos os contextos de estágio.

A realização do Projeto de Intervenção "Negligência Infantil: Contributo(s) do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento ", com o objetivo de promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, temática transversal a todos os contextos de estágio, permitiu cumprir as competências supramencionadas, já que foi exequível conceber a necessidade de rever e atualizar a prática e, nesse sentido, planear, liderar e operacionalizar este projeto assente numa temática considerada oportuna e atual.

Como forma garantir um ambiente terapêutico e seguro, nos diferentes contextos de estágio, foram respeitados o modelo de parceria de cuidados e os cuidados centrados na família, atendeu-se ao contexto em que as mesmas se inseriam, respeitando a individualidade e particularidade de cada díade (criança/jovem e família), bem como procurou promover-se a prevenção de acidentes e a gestão do risco adjacente à profissão. Neste domínio foi percetível a multiplicidade de estímulos que o ambiente oferece às pessoas e a importância do enfermeiro especialista na promoção de um ambiente terapêutico, como gestor entre os fatores protetores e de risco à criança/jovem e família.

No que se refere à gestão do risco, ao longo dos estágios, respeitou-se sempre a missão e os valores institucionais, bem como as normas e diretrizes em vigor nos diferentes serviços, utilizando os equipamentos de proteção individual adequados e os protocolos de controlo de infeção vigentes, realizando uma prática profissional segura para os profissionais de saúde e para as crianças e jovens alvo dos cuidados diários.

Pelo trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, relativamente ao Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade, é possível enaltecer a importância do enfermeiro especialista na adoção de uma atitude proativa e autocrítica da prática, considerando-se responsável pela revisão das práticas da equipa e atualização, na busca da melhoria contínua. Assim, após análise da conduta demonstrada, considera-se que as competências deste domínio foram alcançadas.

Domínio da Gestão dos Cuidados

No que se refere ao domínio da Gestão dos Cuidados o enfermeiro especialista "gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" bem como " adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados", já que otimiza as respostas de enfermagem de modo a garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas e adequa a capacidade de liderança e de gestão a cada contexto, maximizando a qualidade dos cuidados prestados (OE,

2019, p.4748). Assim, ao longo dos estágios foi evidente a necessidade de adaptação dos estilos de liderança a cada contexto de prestação de cuidados.

Em cada local de estágio foi possível o reconhecimento das funções de gestão associadas a funções de liderança, da otimização da equipa adequando os recursos às necessidades identificadas, bem como participando nas tomadas de decisão com vista à obtenção da melhor qualidade de cuidados, tendo, o enfermeiro que desempenha estas funções, um papel de exemplo na avaliação, orientação e otimização da equipa de enfermagem (OE, 2019).

Durante o estágio nas consultas externas de pediatria aferiu-se que a gestão dos cuidados era organizada antecipadamente, já que as consultas eram agendadas previamente, sendo possível saber o número de crianças/jovens programados para cada dia de consulta, bem como as respetivas idades, as suas patologias ou a que especialidade recorriam para consulta. Relativamente à gestão do serviço, esta era realizada pela Enfermeira Gestora do serviço, sendo que, na sua ausência, a EEESIP supervisora clínica deste estágio assegurava a sua substituição. No estágio no serviço de urgência pediátrica a gestão dos cuidados era realizada ao longo de cada turno, tendo em consideração o número de crianças/jovens que recorriam ao serviço, bem como a respetiva prioridade atribuída, sendo necessário gerir ainda as situações de emergência que surgiam, coordenando-se tanto recursos humanos como materiais. Tanto no estágio decorrido na UCIN como no SIP o método de trabalho preconizado era o individual, o que permitia que cada enfermeiro organizasse e fizesse a gestão do seu turno, com base nas necessidades identificadas nas crianças/jovens e família à sua responsabilidade.

Desta forma, pelo acompanhamento e aprendizagem com as EEESIP supervisoras e outros elementos da equipa de enfermagem dos diferentes serviços, foi possível acompanhar diversas formas de gestão de cuidados, atendendo à especificidade de cada equipa, cada contexto e cada população-alvo dos cuidados, delegando as tarefas consideradas adequadas e supervisionando-as, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e seguros. Em todos os contextos de estágio, verificou-se um trabalho em equipa onde se valorizava o contributo de cada um dos elementos para o sucesso global dos cuidados e, consequentemente, para a valorização da enfermagem enquanto profissão. O reconhecimento das funções e papéis de cada elemento da equipa de enfermagem foi crucial para a gestão das respostas e dos recursos

disponíveis para fazer face a uma necessidade identificada. Assim, a delegação de tarefas ou funções e a sua supervisão denotou-se como essencial para uma coordenação e organização adequadas.

Em todos os contextos de estágio se evidenciou a gestão dos recursos de forma eficiente, a relação entre os diferentes membros da equipa e a sua articulação com a equipa multidisciplinar, garantindo, assim, a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Dada o elevado nível de competência exigido bem como de responsabilidade e conhecimento dos serviços, não foi possível, durante os estágios, orientar decisões a este nível, no entanto, pela possibilidade de acompanhar e participar nos diferentes estilos de liderança e gestão por parte de diversos enfermeiros de referência nos diferentes locais de estágios, atendendo às singularidades de cada equipa e cada serviço, consideram-se concretizadas as unidades de competências e respetivas competências deste domínio.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais inclui-se a competência relativa ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Assim, ao longo dos estágios e com a realização do projeto de intervenção foi possível desenvolver, de forma mais incisiva, o autoconhecimento e a autoconsciência pessoal e profissional, reconhecendo os principais recursos e limites.

Considerando a evidência científica como a base da prática clínica, cabe aos enfermeiros especialistas serem facilitadores de aprendizagens, promovendo "a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho" (OE, 2019, p.4750). Durante os estágios foi possível consolidar e executar os conhecimentos teóricos adquiridos, bem como, pela abrangência e particularidade de cada contexto de estágio, desenvolver conhecimentos específicos de várias áreas de atuação do EEESIP. Devido à abrangência da faixa etária da população-alvo dos cuidados nos diferentes

serviços (desde recém-nascidos a adolescentes) e pela diversidade de circunstâncias e contextos presentes nos diversos momentos de interação com as crianças/jovens houve necessidade de, constantemente, aprofundar e atualizar os conhecimentos já adquiridos e desenvolver nova pesquisa bibliográfica, aumentando o leque de conhecimentos e habilidades que promovessem maior qualidade nos cuidados prestados.

Na área da investigação, o enfermeiro especialista "investiga e colabora em estudos de investigação, interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem" pelo que foi realizada uma revisão sistemática da literatura que será proposta para publicação (OE, 2019, p.4749) (Apêndice III).

O desenvolvimento do projeto de intervenção contribuiu, por si só, para o alcançar desta competência já que, no decorrer de todo o processo foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre o estado da arte da temática em estudo, procurando a mais recente e pertinente evidência, sendo o planeamento e implementação das atividades uma contribuição valiosa para o adquirir de um alto nível de conhecimento.

Em suma, considera-se que, a opção por este percurso formativo constitui, por si só, um importante marco na concretização desta competência, proporcionando um enriquecimento tanto a nível pessoal como profissional e promovendo a aquisição desta competência de enfermeiro especialista.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O conjunto de competências específicas do EEESIP, juntamente com as competências comuns do enfermeiro especialista, constituem os elementos reguladores da prestação de cuidados avançada à criança/jovem e família.

O EEESIP, utilizando um modelo de cuidados centrados na criança e família, intervém numa fase crucial do ciclo vital, como o é o período desde o nascimento até aos 18 anos de idade, trabalhando em parceria com o binómio criança/jovem e família, no contexto em que este se insere, no sentido de promover o seu potencial de saúde, prestando cuidados a crianças/jovens saudáveis ou doentes, proporcionando educação para a saúde e identificando e mobilizando os recursos de apoio à família (OE, 2018). Assim, através de uma prestação de cuidados de nível avançado, segura e competente e atendendo ao superior interesse de criança/jovem, consideram-se como áreas de intervenção específica do EEESIP a

> "avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde" (OE, 2018, p.19192).

É também do âmbito de intervenção do EEESIP a capacidade para atuar antecipadamente em situações de emergência, bem como realizar a avaliação da família e das suas necessidades no que se refere à adaptação às alterações na saúde e na dinâmica familiar (OE, 2018).

Neste sentido, no Regulamento nº422/2018, que constitui o documento que integra o conjunto de competências específicas do EEESIP, consta que o EEESIP tem a competência de

assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

Pela possibilidade de realização de estágios em diferentes contextos, foi possível absorver todas as vivências realizadas no sentido de adquirir e desenvolver as competências esperadas/exigidas na área de especialização de saúde infantil e pediátrica.

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

Sendo a díade, criança/jovem e família, o alvo dos cuidados dos EEESIP e, atendendo à dependência prevista da criança e à sua crescente autonomização, a parceria estabelecida entre estes elementos deve ter como principal objetivo a otimização da saúde, no que se refere à gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

No decorrer dos estágios realizados esta competência foi pedra basilar na prestação dos cuidados já que, nos diferentes contextos, houve a possibilidade de promover o potencial de saúde de cada família, procurando a maximização da sua saúde, a prevenção da doença e a promoção das competências parentais. Através do estabelecimento de uma parceria com as famílias e pela negociação constante envolvida na prestação de cuidados, os vários elementos tornaram-se parte ativa em todo o planeamento e execução dos cuidados, proporcionando maior autonomia e bem-estar tanto às crianças/jovens como aos seus cuidadores.

Com a realização de um estudo de caso, em contexto de CEP foi possível consolidar, também com um trabalho teórico, o desenvolvimento desta competência, já que permitiu analisar de forma aprofundada uma família, definindo os diagnósticos de enfermagem adequados e delineando, em parceria com a adolescente e pessoa significativa, um plano de cuidados direcionado para as suas necessidades e interesses.

No que se refere ao diagnóstico e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco da criança/jovem, esta competência foi trabalhada ao longo dos quatro campos de estágio, sendo de referir, no entanto, o contexto de serviço de urgência já que se trata, geralmente, do primeiro contacto com a criança/jovem doente. A realização da triagem possibilitou uma observação de cada criança/ jovem no sentido de identificar alterações que pudessem comprometer o seu estado de saúde e representar risco de vida, sendo necessário um encaminhamento adequado e a atribuição da respetiva prioridade, o que pressupunha um conhecimento especializado, competências, olhar clínico e experiência em urgência e emergência. Também a prestação de cuidados nas diversas valências do SUP permitiu uma perceção mais real dos cuidados de enfermagem necessários e adequados à especificidade de cada criança/jovem, sendo um contexto em que o plano de cuidados necessitava ser planeado e implementado, muitas vezes, com rapidez e perspicácia.

A prestação de cuidados na UCIN permitiu, pela sua elevada complexidade e especificidade, o contacto com as patologias mais comuns nos recém-nascidos, sendo um campo de estágio bastante rico no que se refere ao estabelecimento de parcerias com os pais, à promoção da parentalidade e ao desenvolvimento de estratégias que procurassem proporcionar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos pais para os cuidados aos filhos.

O desenvolvimento do projeto de intervenção nos diferentes contextos de estágio possibilitou o aumento da sensibilização dos pais, crianças/jovens e profissionais para as potenciais situações de risco, bem como procurou promover a aquisição de conhecimentos relativos à segurança das crianças/jovens, através da capacitação quer das crianças/jovens quer dos pais e das equipas de enfermagem.

Assim, considera-se que, em cada contexto de estágio, houve a preocupação de se estabelecer uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família, procurando definir, em conjunto, um plano de saúde promotor das competências parentais e da autonomização gradual da criança/jovem. Foi progressivamente trabalhada a capacidade de diagnosticar e intervir em situações de doenças comuns da infância e em situações de risco para as crianças/jovens, alvo dos cuidados.

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

Com o objetivo de cuidar das crianças/jovens e famílias em situações de grande exigência, os EEESIP mobilizam os recursos necessários, recorrendo a uma vasta gama de abordagens e terapias (OE, 2018).

No decorrer do estágio na CEP, entre outras vivências, foi possível prestar cuidados a crianças/jovens com doenças crónicas e doenças raras sendo, para isso, crucial o desenvolvimento de conhecimentos no que se referiu às respostas de enfermagem adequadas e atempadas exigidas nas diferentes situações, bem como a procura de evidência científica atual e pertinente que auxiliasse a tomada de decisão sobre os melhores cuidados a prestar. Este estágio permitiu também o desenvolvimento da promoção da capacitação das crianças/jovens e famílias no que se referiu à adoção de comportamentos promotores de saúde, adequando o suporte familiar bem como os recursos da comunidade num objetivo comum, o de garantir a prestação de cuidados adequada e, consequentemente, a qualidade de vida destas crianças/jovens.

Na UICN, tendo a oportunidade de prestar cuidados a recém-nascidos prematuros e de termo com patologias associadas, foi exequível a mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação de focos de instabilidade bem como o desenvolvimento de respostas adequadas face a essas situações. A variedade de situações vivenciadas durante este estágio permitiu a aplicação de diversos conhecimentos e capacidades que contribuíram para o desenvolvimento desta competência de EEESIP, nomeadamente a prestação de cuidados a extremos prematuros (27 semanas de gestação), a vivência de uma situação de morte neonatal, a prestação de cuidados a recém-nascidos de termo com instabilidade da função respiratória e o acompanhamento dos pais nestas situações, a colaboração na prestação de cuidados na UCIP, entre outras situações que, pela sua vastidão, torna-se impossível relatar a totalidade.

Durante o estágio no SIP foi possível acompanhar deste a admissão até à alta hospitalar uma criança com 7 meses de idade com diagnóstico de Diabetes Mellitus inaugural, pelo que houve possibilidade de compreender a dinâmica na referenciação destas situações, nomeadamente para Centros de Saúde e Enfermeira de Saúde Escolar da área de residência,

bem como Consultas inerentes ao acompanhamento da criança em regime de ambulatório, sendo também possível acompanhar os ensinos realizados à mãe do bebé, a perceção das adaptações necessárias na vida da família bem, como a progressiva autonomização nos cuidados ao filho, promovendo a adoção de mecanismos e estratégias no sentido de capacitar esta família. No internamento evidenciou-se, ainda, a capacidade de adaptação e resiliência das crianças/jovens e pais, quer em situações de doença aguda quer em situações de doença crónica, sendo um contexto privilegiado de cuidados promotores de interação e estabelecimento de relação terapêutica.

Em contexto de SUP foi possível contactar com situações de instabilidade das funções vitais permitindo o desenvolvimento de uma prestação de cuidados de enfermagem adequados a cada situação.

Percebendo-se os efeitos nefastos que a experiência de dor pode ter nas crianças/jovens considera-se que, ao longo de toda a prestação de cuidados nos diferentes contextos, e pela necessidade constante de realização de procedimentos invasivos e dolorosos, foi crucial a avaliação da dor e consequente aplicação de medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da mesma. Como exemplos de procedimentos dolorosos frequentes e inevitáveis na prestação de cuidados, constam as punções venosas periféricas, as colheitas de sangue, a vacinação, a picada para avaliação de glicémia capilar, a realização de zaragatoas nasais para rastreio de COVID-19, entre tantas outras situações. Assim, em todos os procedimentos de enfermagem potencialmente dolorosos foram utilizadas as medidas não farmacológicas de alívio da dor como a administração de sacarose, a sucção não nutritiva, amamentação, contenção, distração, o brincar, entre outras consideradas oportunas para cada situação particular.

Na concretização desta competência, foi essencial a mobilização de diversos recursos e a aquisição de novos conhecimentos e habilidade atendendo às particularidades decorrentes da complexidade e variedade de situações vivenciadas.

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

Atendendo à particularidade das crianças/jovens nesta fase do ciclo vital e com o objetivo de maximizar o seu potencial de desenvolvimento, o EEESIP procura promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis desta população, utilizando uma comunicação adequada a cada criança/jovem, promovendo a autoestima e autodeterminação dos adolescentes no que concerne às escolhas em saúde (OE, 2018). Assim, considera-se que o desenvolvimento de conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento da população pediátrica bem como a sua avaliação e a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do seu potencial de desenvolvimento, foram habilidades necessárias ao longo de todos os estágios.

No decorrer do estágio nas CEP, nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, foi possível efetivar a avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens em diversas faixas etárias. Houve ainda oportunidade de realizar ensinos sobre os cuidados antecipatórios de acordo com o PNSIJ, atendendo ao preconizado para cada idade-chave, e procurando responder às dúvidas e dificuldades das crianças/jovens e família. Nas consultas com adolescentes foi uma preocupação constante a transmissão de orientações promotoras da sua autoestima, bem como sobre comportamentos promotores de saúde e evicção de comportamentos de risco. No âmbito do mesmo estágio, houve ainda a possibilidade de colaborar nas consultas de desenvolvimento, sendo estas responsáveis pela vigilância de saúde e acompanhamento de crianças/jovens que apresentam desvios do padrão normativo ao nível do desenvolvimento psicomotor, cognitivo ou psicossocial, o que permitiu maior perceção da atuação do EEESIP quando surgem estas alterações aos padrões preconizados.

Embora de forma mais indireta considera-se que, em todos os outros estágios (UCIN, SUP, SIP), houve a possibilidade de desenvolver habilidades relativas à avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças/jovens procurando desenvolver estratégias no que se referia à transmissão de orientações antecipatórias.

Relativamente à competência que define que o EEESIP deve promover a vinculação de forma sistemática, é de referir que esta foi desenvolvida e aperfeiçoada de forma mais incisiva no contexto do estágio na UCIN, já que se procurou promover sempre a interação entre os pais e os recém-nascidos, através do contacto pele a pele (método canguru), esteve sempre patente a promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho, a promoção da amamentação como fator potenciador do desenvolvimento da vinculação entre a mãe e o RN, bem como o respeito pelos princípios do NIDCAP. Ao entender os pais como parceiros nos cuidados ao bebé estes sentiam-se mais envolvidos, mais úteis e, consequentemente, mais confiantes o que tornava a interação entre pais e filhos mais natural e prazerosa.

Atendendo a que é através da comunicação que a relação terapêutica se estabelece e se fortalece, ao longo de toda a prestação de cuidados foram desenvolvidas e aperfeiçoadas habilidades de comunicação com a criança/jovem e família, respeitando a sua idade, estadio de desenvolvimento, as suas crenças, interesses e cultura.

O contacto com os adolescentes foi realizado tanto nas CEP como no SUP e SIP, no entanto, com vista à promoção da autoestima e autodeterminação no que se refere às suas escolhas em saúde, esta competência foi mais trabalhada no âmbito das CEP e SIP, já que quando recorriam ao serviço de urgência o seu tempo de permanência era, normalmente curto, e a disponibilidade para o diálogo era menos percetível. Assim, nas interações com os adolescentes, tanto em situação de doença aguda como em situações de vigilância de saúde, procurou-se ter uma atitude e comunicação facilitadora da expressão dos sentimentos e emoções, procurando promover a adoção de comportamentos saudáveis, reforçando a importância de uma tomada de decisão consciente, responsável e informada de modo que o adolescente reunisse condições para decidir sobre a sua saúde.

Em suma, consideram-se como trabalhadas e consolidadas as competências específicas do EEESIP descritas ao longo do capítulo e materializadas através da prestação de cuidados nos diferentes estágios.

4.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Para um conhecimento mais aprofundado e abrangente na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista acrescem as competências de mestre.

Ao longo de todo o percurso formativo do curso de Mestrado em Enfermagem, os objetivos delineados pretenderam ir ao encontro das competências para aquisição do grau de Mestre, focalizando-se no desenvolvimento de conhecimentos e competências na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Todo o percurso desenvolvido pretendeu contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através da investigação científica, da prática baseada na evidência e nos referenciais teóricos, procurando a capacitação para a governação clínica, liderança de equipas e para a supervisão e gestão dos cuidados e contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão autorregulada e especializada (Ministério da Educação e Ciência, 2013).

O desenvolvimento do projeto de intervenção denominado "Negligência Infantil: Contributo(s) do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento" bem como a elaboração de uma revisão sistemática da literatura intitulada "Minimizar o Risco de Maus-tratos Infantis durante a Pandemia COVID-19 – Intervenções de Enfermagem", concomitantemente com a realização dos estágios, possibilitou o desenvolvimento das competências de Mestre, especificamente a capacidade de

> "possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (…) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde (…) [e que] permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação" (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p.4760).

A concretização dos trabalhos e atividades de cariz científico supramencionados permitiu, também, aumentar a capacidade de "comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas,

de uma forma clara e sem ambiguidades" considerando-se que, assim, foram adquiridas competências que permitem "uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p.4760). A revisão sistemática da literatura desenvolvida será proposta, numa fase posterior, para publicação em revista científica.

As experiências adquiridas com a realização dos estágios nos diversos contextos, com os quais não havia familiarização prévia, possibilitou a operacionalização dos conhecimentos obtidos, bem como a adaptação a novas realidades e consequentes aprendizagens inerentes no que se refere à capacidade de resolução de problemas em situações novas em contextos alargados e multidisciplinares.

Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção bem como no contexto de prestação de cuidados, o cumprimento dos deveres éticos, legais e deontológicos foram uma preocupação constante, tendo por base os documentos reguladores da profissão e os direitos das crianças/jovens e famílias. Assim, concretizou-se as competências de Mestre no âmbito da responsabilidade ética e deontológica através de "(…) reflexões sobre as complicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem" (Ministério da Educação e Ciência, 2013, p.4761).

Os conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na sua componente teórico-prática, o planeamento e execução do projeto de intervenção, segundo a metodologia de projeto, proporcionaram a aquisição de novos recursos e competências que contribuíram para a aquisição de conhecimentos científicos e para a prestação de cuidados de excelência, auto-orientada e norteada em evidência científica atual e pertinente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os maus-tratos a crianças e jovens são considerados um problema mundial de saúde pública e têm repercussões e consequências nefastas para as vítimas, os adultos do amanhã. Os profissionais de saúde, em particular os EEESIP, pelo contato privilegiado que têm com este grupo populacional, têm obrigação moral, legal e responsabilidade de atuar na prevenção, identificação e encaminhamento das situações de maus-tratos, nomeadamente práticas de negligência infantil.

O EEESIP tendo como competência basilar a prevenção e deteção precoce de situações que coloquem em risco a vida ou a qualidade de vida das crianças/jovens, assume um papel determinante na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de risco como os maus-tratos, nas suas diferentes tipologias, nomeadamente nas práticas de negligência infantil, e em contextos distintos de prestação de cuidados, nomeadamente nas consultas de vigilância, nos serviços de urgência ou nos internamentos. A sua posição privilegiada na interação com as crianças/jovens e famílias torna-se uma mais-valia na promoção da proteção desta faixa etária, tanto através da deteção precoce dos sinais de alerta e encaminhamento destas situações, bem como através de uma ação preventiva, nomeadamente pela promoção de competências parentais, no sentido de minimizar o risco de ocorrência de negligência infantil por desconhecimento. O enfermeiro, enquanto especialista e mestre, assume ainda um papel influente e preponderante na divulgação do conhecimento acerca desta temática, no seio das suas equipas, como elemento de referência e dinamizador de boas práticas em saúde, baseadas na melhor investigação científica, pedra basilar da prática dos cuidados.

A fundamentação teórica como linha norteadora e base de todo o percurso académico e, consequentemente, da prática clínica, procurou clarificar os conceitos considerados pertinentes para o desenvolvimento de um leque de conhecimentos teóricos facilitadores da compreensão do fenómeno de enfermagem em causa.

O desenvolvimento de um projeto de intervenção, realizado no decorrer dos estágios, baseado na metodologia de projeto, permitiu uma perceção mais fidedigna das etapas indispensáveis para a sua construção, possibilitando a elaboração de um plano de trabalho

organizado e baseado em investigação científica, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e defendendo o saber próprio da enfermagem, legitimado pelo rigor da metodologia em que se baseia e reconhecido pela sua aplicabilidade em contexto da prática dos cuidados. Acreditando no investimento dos EEESIP para a promoção de uma prática de cuidados mais eficiente e eficaz, capaz de responder às necessidades reais e prementes das crianças e jovens, esta metodologia de projeto apresenta-se como uma ferramenta preciosa no planeamento das intervenções de enfermagem bem como numa avaliação constante face aos objetivos e problemas estabelecidos, auxiliando num aperfeiçoar constante dos cuidados prestados.

Assim, o tema do projeto de intervenção desenvolvido centrou-se nos contributos do EEESIP na prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil tendo como objetivo geral o de promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil. No sentido de atingir o objetivo proposto foram definidos como objetivos específicos sensibilizar as equipas de enfermagem para a problemática dos maus-tratos infantis encarando-os como um problema de saúde pública a nível mundial, otimizar estratégias que visem capacitar as crianças/jovens a identificar eventuais situações de risco através do reconhecimento dos seus direitos enquanto crianças/jovens (desenvolvido na CEP e SIP), otimizar estratégias que visem capacitar os pais nos cuidados aos filhos como forma de minimizar as situações de negligência infantil por desconhecimento (desenvolvido no SMINP), otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros a atuar perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens (desenvolvido no SUP) e desenvolver competências específicas de EEESIP relacionadas com a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de situações de negligência infantil.

Conclui-se que a realização deste projeto de intervenção permitiu aumentar a capacitação tanto das crianças/jovens e suas famílias como dos enfermeiros relativamente à promoção da segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade. Considera-se, também, que a implementação do projeto de intervenção contribuiu para

sensibilizar os enfermeiros acerca da temática da negligência infantil bem como para uma maior consciencialização do seu papel e responsabilidade enquanto EEESIP para a prevenção e atuação nestas situações. Não obstante os benefícios adquiridos com a realização deste projeto de intervenção este apresenta, no entanto, algumas limitações, nomeadamente a limitação temporal para a sua concretização, a situação pandémica que alterou as dinâmicas dos serviços e o contacto limitado com a população em causa, o que pode não refletir por completo a realidade acerca da temática estudada.

A trajetória decorrida desde o início do mestrado, passando pela componente teórica, seguindo pela realização dos estágios e desenvolvimento do projeto de intervenção e que culminará com a concretização do presente relatório pautou-se pela aquisição de uma vastidão de conhecimentos e partilha de experiências que se consideram mais-valias fundamentais para o percurso profissional.

Com a consciência de que há ainda muito para desenvolver no que concerne à atuação dos EEESIP perante situações de risco para crianças/jovens fica a vontade e motivação para que, futuramente, o projeto de intervenção realizado possa ser mantido nos diferentes serviços onde foi implementado, bem como possa ser alargado a outros serviços, nomeadamente ao serviço de obstetrícia – puerpério. Como complemento ao projeto delineado, e por contingências relativas à situação pandémica vivida, ficou por desenvolver a implementação do projeto no âmbito dos cuidados de saúde primários, especificamente no âmbito da saúde escolar (projeto pensado inicialmente), pelo que poderá ser ponderada uma proposta nesse sentido.

Considera-se também como um projeto futuro a desenvolver, o ingresso no Doutoramento em Enfermagem, uma vez que este nível de formação contribuirá, não só para uma prática de excelência, mas também para o desenvolvimento da disciplina e da profissão de Enfermagem.

Enquanto futura Especialista e Mestre em Enfermagem, pretende-se, ainda, contribuir para a formação contínua em serviço, procurando ser um elemento dinamizador de boas práticas em enfermagem, baseando a minha praxis em evidência científica atual e pertinente.

Em suma, todo o percurso académico realizado foi fulcral para a aquisição e desenvolvimento das competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional, e tendo como finalidade última uma prestação de cuidados de excelência em prol da saúde e bem-estar das crianças, jovens e famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th edition). American Psycological Association.

APAV. (2011). *Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*.

APAV. (2020). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2020*.

Assembleia da República. (1999). Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário Da República*.

Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, *6*(1), 5–30. https://doi.org/10.1017/S095457940000585X

Benner. (2001). *De Iniciado a Perito* (Quarteto Editora (ed.)).

Camilo, C., & Garrido, M. V. (2013). Design and evaluation of development programs for parents negligent parenting skills: A review and reflection. *Analise Psicologica*, *31*(3), 245–268. https://doi.org/10.14417/ap.697

Centro Hospitalar Baixo Vouga. (2020). *Cuidar em tempos de pandemia*.

Chiodi, L. C., Del, N., Aredes, A., Silvan, C. G., Mara, L., & Fonseca, M. (2012). *Health education and the family of the premature baby : an integrative review * Educação em saúde e a família do bebê prematuro : uma revisão integrativa*. *25*(6), 969–974.

CNPDPCJ. (2020). *Avaliação da Atividade das CPCJ*.

Council of Europe. (2021). *The Underwear Rule*. https://www.coe.int/en/web/children/underwear-rule

Coutinho, I. C. M., Seabra-Santos, M. J., & Gaspar, M. F. F. (2013). Educação parental com famílias maltratantes: Que potencialidades? *Análise Psicológica*, *30*(4), 405–420. https://doi.org/10.14417/ap.601

Crittenden, P. M. (1985). Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *26*(1), 85–96. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01630.x

Direção-Geral da Saúde. (2008a). Acão de saúde para crianças e jovens em risco. *Diário Da República*. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conceito.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2008b). *Maus Tratos em Crianças e Jovens Intervenção da Saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças. *Circular Normativa Nº14/2010*, 1–10.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Circular Normativa Nº010/2013*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40985-2_29

Direção-Geral da Saúde. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Norma Nº 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. In *Direção-Geral da Saúde*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal- relatório síntese. *Fundação Calouste Gulbenkian*, 1–16. http://www.gulbenkian.pt

Fariña, F., Seijo, D., & Novo, M. (2000). Desprotección infantil : el maltrato. In *Psicologia Jurídica al Servicio del Menor*.

Ferreira, E. A., Vargas, I. M. Á., & Rocha, S. M. M. (1998). Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *6*(4), 111–116. https://doi.org/10.1590/s0104-11691998000400014

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (Lusociência (ed.); 3ª edição).

Fortson, B., Klevens, J., Merrick, M., Gilbert, L., & Alexandre, S. (2016). Preventing Child Abuse and Neglect:A Technical Package for Policy, Norm and Programmatic Activities. In *National Center for Injury Prevention and Control*. https://doi.org/10.1002/oms.1210020712

Gonçalves, J. (2014). *Cuidar de crianças em risco : papel do Enf . º na prevenção e tratamento de situações de maus-tratos*.

Haas, J. J. (2021). The Role of the School Nurse in Detecting and Preventing Child Abuse During This Age of Online Education. *NASN School Nurse (Print)*, *36*(1), 16–19. https://doi.org/10.1177/1942602X20958064

Hockenberry, J., Wilson, D., & Winkelstein, L. (2014). *Enfermagem da Criança e Adolescente* (Lusociência (ed.); 9ª edição).

Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, *55*(3), 794–802. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb03816.x

Honda, C., Yoshioka-Maeda, K., & Iwasaki-Motegi, R. (2020). Child abuse and neglect prevention by public health nurses during the COVID-19 pandemic in Japan. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(11), 2792–2793. https://doi.org/10.1111/jan.14526

IAC. (2021). *Pela Defesa dos Direitos da Criança*.

Kurtz, P. D., Gaudin, J. M., Wodarski, J. S., & Howing, P. T. (1993). Maltreatment and the school-aged child: School performance consequences. *Child Abuse and Neglect*, *17*(5), 581–589. https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90080-O

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., Oliveira, D., Branco, E., Jardim, H., Chaves, M., & Prazeres, V. (2011). Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. *Direção Geral Da Saúde*, 7–10.

Lee, P. (1999). Partnership: What does it mean today? *Journal of Child Health Care*, *3*(4), 28–32. https://doi.org/10.1177/136749359900300406

Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 409–438. http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33744936533&partnerID=40

Magalhães, F. J., Elisângela, F., Lima, T., Verganista, I. F., Céu, M., & Ximenes, L. B. (2016). Sistema De Triagem Numa Unidade De Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência em Mobilidade-Académica Internacional Brasil-Portugal. *Atas - Investigação Qualitativa Em Ciências Sociais*, *3*, 534–543.

Martins, C. (2008). Maus-tratos Infantis: Prevenção, Diagnóstico e Intervenção. *Ciência e Técnica*.

Martins, M., & Mendes, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros Partnership in pediatric nursing care: from words into nurses' action Asociación en la atención de enfermería en pediatría: del discurso a la acción de las enfermeras. *Abstract Resumen*, 113–121.

Melo, E., Rodrigues, A., Lima, R., Alves, F., Queirós, A., & Fontes, C. (2017). Transição do recém-nascido dos cuidados intensivos para o domicílio, fatores facilitadores e dificultadores percecionados pelos pais:revisão integrativa da literatura. *Referência*.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17*(4), 758–764. https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018

Ministério da Educação e Ciência. (2013). Mestrado. *Diário Da República 1ª Série Nº 151*.

OMS. (1986). Carta de Ottawa, Promoção da saúde nos países industrializados. *Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde*, *1*(1), 1–9. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In *Cadernos da OE - Série I* (Vol. 1, Issue 3). http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de saúde da criança e do jovem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação À Parentalidade Durante a Hospitalização* (Ordem dos, Vol. 148).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, *133*(2), 19192–19194.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série*, *nº26*, 4744–4750.

Pasian, M. S. (2013). *Negligência Infantil : A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos*. *17*(2), 61–70.

Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança.

Pensar Enfermagem, *14*, 24–38.

Petiprin, A. (2020). *Nola Pender - Nursing Theorist*. Nursing Theory. https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (p. 668).

Pinto, T. da R. C., Castro, D. S. de, Bringuente, M. E. de O., Sant'Anna, H. C., Souza, T. V., & Primo, C. C. (2018). Animação educativa sobre cuidados domiciliares com o prematuro. *Rev Bras. Enferm. (Online)*, *71*(supl.4), 1604–1610. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0401.

Polansky, N., Hally, C., & Polansky, N. (1975). *Profile of Neglect - A Survey of the State of Knowledge of Child Neglect*.

Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e jovens em risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)*. http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/11781

Resende, A., & Figueiredo, M. H. (2018). Práticas de literacia familiar: Uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. *Portuguese Journal of Public Health*, *36*(2), 102–113. https://doi.org/10.1159/000492265

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, *15*, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção de Saúde. In *Teorias de enfermagem e a sua obra* (Lusociênci, pp. 699–715).

Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, *4*, 127–134. http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2320?locale=pt

Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M., & Seddighi, S. (2020). COVID -19:Protecting Children from Violence, Abuse and Neglect in the Home. *Trauma Violence Abuse*, *13*(May), 1–7.

Silva, D., Afonso, V., & Silva, E. (2014). Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Suspeita e Deteção de Maus-Tratos na Criança. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *0*(47), 69–82.

Silva, J. (2011). *Intervenções do enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários*. http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2670

SPP, S. P. de P. (2016). Nascer prematuro em portugal. *Manual Para Pais de Bebés Prematuros*, *7260*, 1.

UCINP. (n.d.). *Manual de Integração para os Profissionais de Enfermagem, Hospital de Faro EPE,Serviço de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos*.

UNICEF. (n.d.). *Coronavírus*. https://www.unicef.pt/coronavirus/

UNICEF, C. P. para a. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos* (Comité Por). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

UONIE/ACSS. (2011). *Recomendações Técnicas para Hospital de Dia* (UONIE/ACSS).

Victor, J., Loes, M., & Ximenes, L. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, *18*(3), 235–240.

Woiski, R. O. S., & Rocha, D. L. B. (2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, *14*(1), 143–150. https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000100021

Wong, D. (1997). *Enfermagem Pediátrica - elementos essenciais à Intervenção efetiva* (5ª

edição).

World Health Organization. (2006). *Preventing Child Maltreatment:a guide to taking action and generating evidence* (Vol. 2, Issue 4). https://doi.org/10.1097/00008480-199008000-00015

World Health Organization. (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. In *Organização Mundial de Saúde;* file:///C:/Users/Estudante/Downloads/9789241564793_por (6).pdf%0Ahttp://www.who.int/iris/handle/10665/145086

World Health Organization. (2016). *INSPIRE - Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. 10–20. http://www.who.int/about/%5Cnhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/207717/1/9789241565356-eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2020a). *Global status report on preventing violence against children*. 353. https://www.unicef.org/eapro/Preventing_Violence.pdf

World Health Organization. (2020b). *Joint Leaders' statement - Violence against children:A hidden crisis of the COVID-19 pendemic*. https://www.who.int/news/item/08-04-2020-joint-leader-s-statement---violence-against-children-a-hidden-crisis-of-the-covid-19-pandemic

XXII Governo Constitucional. (2020). *Guia de intervenção integrada junto de crianças ou jovens vítimas de violência doméstica* (1ª edição).

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de Participação no Webinar: "Maus tratos na infância e juventude: vítimas silenciosas"

WEBINAR

A.P.C.D.P.
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA CONVERSAS DE PSICOLOGIA

CERTIFICADO

Certifica-se que: Vanessa Sofia moreira da Palma

Participou no Webinar:

"Maus tratos na infância e juventude: vítimas silenciosas",

que se realizou no dia 05 Abril 2021.

Este Webinar foi dinamizado pela Dra RUTE AGULHAS.

O evento teve uma duração de 1 hora e 30 minutos.

O Presidente da Associação Portuguesa Conversas de Psicologia

Vitor Nuno Anjos
21 ABRIL 2021

Piso 1 do Edifício da União de Freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas,
Estrada da Paúla, nº30
3040-731 Coimbra
(+351) 912 387 657
http://conversasdepsicologia.com

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma do Projeto de Intervenção

	Cronograma do Projeto de Intervenção										
Data (mês/ano) / Atividades Gerais	10/2020	11/2020	12/2020	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021
Definição do problema em estudo											
Revisão bibliográfica											
Artigo de Revisão Sistemática											
Diagnóstico de Situação		(validação nas CEP)			(validação no SMINP)	(validação no SUP)	(validação no SIP)				
Definição de Objetivos		(CEP)			(SMINP)	(SUP)	(SIP)				
Definição de estratégias e Planeamento de atividades		(CEP)			(SMINP)	(SUP)	(SIP)				
Execução e avaliação das atividades			(CEP)			(SMINP)	(SUP)	(SIP)			

Elaboração do Relatório de Estágio											

APÊNDICE II

Planeamento do Projeto de Intervenção

Planeamento do Projeto de Intervenção				
Objetivo Geral: promover a segurança das crianças/jovens através da prevenção, identificação e encaminhamento de situações de negligência infantil				
Objetivo específico	**Atividades a desenvolver**	**Recursos**		**Avaliação**
		Humanos	**Materiais**	
Sensibilizar as equipas de enfermagem para a problemática dos maus-tratos infantis encarando-os como um problema de saúde pública a nível mundial	• Reunião com a EEESIP supervisora e Enfermeira gestora de cada serviço; • Realização de revisão da literatura sobre a temática a desenvolver; • Apresentação do Projeto de Intervenção à equipa de enfermagem; • Definição de conteúdos a abordar no projeto de intervenção, discussão da temática e da sua aplicabilidade no serviço.	• EEESIP supervisoras; • Enfermeiras gestoras dos serviços; • Equipa de enfermagem	• Computador; • Sala de reuniões	• Adesão da equipa ao desenvolvimento do projeto de intervenção; • Implementação do projeto
Otimizar estratégias que visem capacitar as crianças/jovens a identificar eventuais situações de risco através do reconhecimento dos seus direitos enquanto crianças/jovens (desenvolvido na CEP e SIP)	**CEP** • Realização de revisão da literatura sobre conteúdos a abordar atendendo à idade e fase de desenvolvimento das crianças/jovens envolvidos nesta atividade do projeto; • Execução de um quadro referente aos direitos das crianças colocado em pontos estratégicos da CEP; • Pedido de colaboração às crianças/jovens para a realização de desenhos alusivos aos seus direitos; • Exposição dos desenhos, em estendal, na sala de espera na CEP, a partir do dia 20 de novembro (dia da comemoração dos direitos das crianças). **SIP** • Realização de revisão da literatura sobre conteúdos a abordar atendendo ao contexto específico de doença/internamento das crianças/jovens; • Execução de um poster referente aos direitos das crianças para colocação no corredor do SIP; • Execução de um poster referente a sinais de alerta para situações de maus-tratos bem como contactos para denúncia dos mesmos para colocação no corredor do SIP;	• Crianças/jovens a partir dos 6 anos; • EEESIP supervisora; • Enfermeira gestora das CEP; • Professora Coordenadora • Crianças/jovens internados no SIP; • EEESIP supervisora; • Enfermeira gestora do SIP;	• Computador; • Sala de espera das CEP; • Material administrativo diverso como folhas, canetas, papel de plastificação • Computador; • Corredor do SIP; • Material administrativo diverso como folhas, papel de plastificação	• Adesão das crianças/jovens à atividade proposta; • Aquisição significativa de conhecimentos pelas crianças/jovens relativamente aos seus direitos • Adesão das crianças/jovens à atividade proposta; • Aquisição significativa de conhecimentos pelas crianças/jovens relativamente aos seus

	• Pedido de colaboração às crianças/jovens para a interpretação dos posters.	• Professora Coordenadora		direitos e modos de denúncia de situações de risco
Otimizar estratégias que visem capacitar os pais nos cuidados aos filhos como forma de minimizar as situações de negligência infantil por desconhecimento (desenvolvido no SMINP)	• Realização de revisão da literatura sobre conteúdos a abordar com os pais, para preparação da alta, atendendo ao contexto específico dos recém-nascidos internados na UCIN; • Execução de um filme de preparação para a alta do recém-nascido; • Divulgação do filme através da realização de um poster colocado em três pontos estratégicos do SMINP; • Disponibilização de um QRCode aos pais para visualização do filme no domicílio; • Disponibilização do filme na sala de pais.	• Pais dos recém-nascidos internados na UCIN; • EEESIP supervisora; • Enfermeira gestora do SMINP; • Professora Coordenadora	• Computador; • Sala de pais do SMINP; • Televisão e aparelho de TDT com entrada USB; • Material administrativo diverso como folhas, papel de plastificação, pen;	• Adesão dos pais à atividade proposta; • Aquisição significativa de conhecimentos pelos pais relativamente à alta do RN; • Aumento do número de visualizações do vídeo no domicílio; • Integração do vídeo na formação desenvolvida no SMINP pelos enfermeiros para preparação da alta do RN •
Otimizar estratégias para capacitar os enfermeiros a atuar perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens (desenvolvido no SUP)	• Realização de revisão da literatura sobre conteúdos a abordar no sentido de estabelecer linhas orientadoras de intervenção de enfermagem perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens no SUP; • Auscultação da EEESIP, elemento do NHCJR, acerca das necessidades formativas da equipa de enfermagem no âmbito da temática em estudo; • Consulta de normas existentes no serviço relativas à temática dos maus-tratos; • Execução de um protocolo de intervenção no SUP para situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens; • Implementação do protocolo de atuação.	• EEESIP supervisora; • Enfermeira gestora do SUP; • Equipa de enfermagem; • Professora Coordenadora	• Computador; • Material administrativo diverso como folhas; • Normas existentes no SUP relativas aos maus-tratos	• Adesão da equipa de enfermagem à atividade proposta; • Aquisição de conhecimentos pela equipa de enfermagem relativamente ao modo de atuação perante uma situação suspeita ou identificada de maus-tratos a crianças e jovens; • Integração do protocolo no SUP

Desenvolver competências específicas de EEESIP relacionadas com a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de situações de negligência infantil	• Realização de revisão da literatura sobre a temática dos maus-tratos infantis, enfatizando as situações de negligência infantil, no sentido de adquirir e consolidar conhecimentos pertinentes e a mais recente evidência; • Apresentação das várias fases de desenvolvimento do projeto às equipas de enfermagem; • Reuniões informais com as EEESIP supervisoras, Enfermeiras gestoras dos serviços e Professora Coordenadora sobre possíveis alterações ao projeto; • Promoção do aumento da literacia em saúde de crianças/jovens e famílias com vista à minimização de situações de negligência infantil; • Realização do protocolo de atuação dos enfermeiros em situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica; • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem, em diferentes contextos de prestação de cuidados, que contribuam para diminuir o risco da vivência de situações de negligência infantil; • Identificação precoce de situações de negligência infantil, sinalização e encaminhamento adequado.	• Professora coordenadora; • EEESIP supervisoras; • Enfermeiras gestoras dos serviços; • Equipas de enfermagem • Crianças/jovens e famílias alvo da prestação de cuidados	• Bases de dados eletrónicas; • Livros, artigos, recomendações; • Computador; • Sala de reunião • Material administrativo diverso; • Material necessários para a realização das diferentes atividades propostas	• Avaliação da aceitação do projeto pelas equipas de enfermagem e docentes; • Participação das equipas nas reuniões de debate sobre possíveis alterações ao projeto • Adesão das crianças/jovens e famílias às atividades realizadas; • Aquisição significativa de conhecimentos pelas crianças/jovens e famílias; • Aquisição conhecimentos pelas equipas de enfermagem

APÊNDICE III

Resumo do Artigo de Revisão Sistemática da Literatura "Minimizar o Risco de Maus-tratos Infantis durante a Pandemia COVID-19 – Intervenções de Enfermagem"

RESUMO

Introdução: Os maus-tratos são considerados um problema mundial de saúde pública, que afeta particularmente os grupos populacionais de maior vulnerabilidade, como as crianças/jovens, e têm repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, segurança e dignidade, necessitando, por isso, de uma intervenção iminente e sistemática. A vivência da pandemia COVID-19, tendo um impacto devastador em todo o mundo, aumentou o risco da ocorrência das situações de maus-tratos infantis, por um lado, devido ao aumento dos fatores de risco associados à pandemia e confinamento, por outro lado pelo impedimento ou maior dificuldade de intervenção dos habituais recursos de apoio da comunidade, devido às medidas implementadas para controlo da pandemia. Torna-se, assim, imperativo que os enfermeiros se adaptem com rapidez e prontidão no planeamento de intervenções focadas no bem-estar e segurança infantil, que consigam ultrapassar ou contornar as barreiras impostas pela pandemia. **Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para minimizar os riscos de maus-tratos infantis durante a pandemia por COVID-19. **Metodologia:** A metodologia seguiu o modelo JBI e constou de uma pesquisa inicial sem caráter de evidência científica sobre maus-tratos infantis durante a pandemia COVID-19. Posteriormente, realizou-se uma pesquisa limitada nas bases de dados MEDLINE (Pub Med) e LILACS e por fim, uma pesquisa conjugando os termos definidos nas plataformas agregadoras de bases de dados: Pub Med; B-on; EBSCO Host; LILACS; SciELO; Cochrane Library sendo ainda considerado o RCAAP. Os artigos selecionados foram submetidos à lista de verificação JBI e realizada a extração de dados através da tabela JBI. **Resultados:** Os 5 artigos analisados identificaram intervenções de enfermagem que contribuíram para minimizar o risco de maus-tratos infantis, durante a pandemia COVID-19, nomeadamente o ajuste das intervenções ao contexto de confinamento, adotando as novas tecnologias e o universo digital/online como forma de prevenção ou identificação de situações de risco. Não obstante, os contactos presenciais entre os enfermeiros e as crianças/jovens e famílias, focando as sessões de educação para a saúde e de esclarecimento, bem como o apoio emocional e a formação de todos os profissionais, são também enaltecidos como intervenções minimizadoras do risco de situações de maus-tratos infantis. **Conclusão:** Dada a importância crescente atribuída ao bem-estar e segurança das crianças/jovens perante situações de maior vulnerabilidade, como a pandemia COVID-19, torna-

se crucial implementar as intervenções de enfermagem identificadas, como forma de aumentar as possibilidades de atuação e, assim, aumentar a qualidade dos cuidados prestados às crianças/jovens e família, garantindo a minimização das situações de maus-tratos infantis. A pouca evidência científica existente leva a pouca confiança e credibilidade nos resultados e, consequentemente na utilização e no conhecimento face a este tema, tornando-se iminente o investimento nesta área.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Maus-tratos e negligência infantil; COVID-19; Prevenção

APÊNDICE IV

Quadro "Direitos das Crianças"

(CEP)

Todas as Crianças têm direito a ...

NACIONALIDADE

AMOR

CUIDADOS DE SAÚDE

BRINCAR

JUSTIÇA

NOME

PROTEÇÃO

CASA

ALIMENTAÇÃO

IGUALDADE

LIBERDADE DE EXPRESSÃO

EDUCAÇÃO

Baseado na Convenção sobre os Direitos da Criança, 2019

Vanessa Palma
AE Mestrado em Associação e ESIP do IP Beja

Fonte imagem: https://www.inspiradospeloautismo.com.br/tag/aprendizado-social/page/3/

APÊNDICE V

Registo Fotográfico da Exposição dos Desenhos no Dia de Comemoração dos Direitos das Crianças

Registo Fotográfico da Exposição dos Desenhos no Dia de Comemoração dos Direitos das Crianças

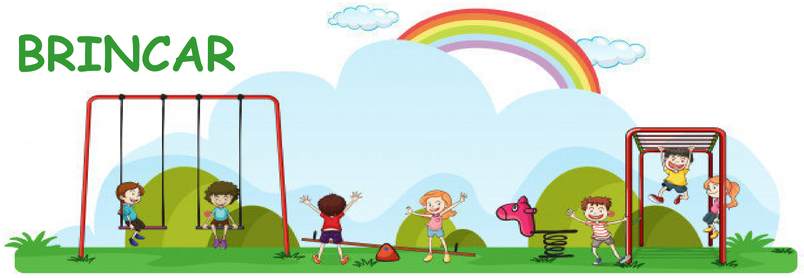
APÊNDICE VI

Poster “Direitos das Crianças”

(SIP)

Todas as Crianças têm direito a ...

BRINCAR



NACIONALIDADE

ALIMENTAÇÃO

LIBERDADE DE EXPRESSÃO

EDUCAÇÃO

JUSTIÇA

IGUALDADE

NOME

CASA

CUIDADOS DE SAÚDE

PROTEÇÃO

Vanessa Palma
AE Mestrado em Associação e ESIP do IP Beja

Baseado na Convenção sobre os Direitos da Criança, 2019

Fonte das imagens: **https://www.freepik.com/**

APÊNDICE VII

Poster "Sinais de Alarme: Como Denunciar"

(SIP)

SE...

te deixam sempre **SOZINHO**

te **GRITAM, INSULTAM**
ou **AMEAÇAM**

te **BATEM, ATIRAM OBJETOS**
ou **EMPURRAM**

NUNCA te dão **CARINHO**
nem te **DEIXAM DAR**

NÃO se preocupam com a tua **HIGIENE, ALIMENTAÇÃO** ou **VESTUÁRIO**

Se vives ou conheces alguém que viva numa situação parecida a estas não guardes segredo,

DENUNCIA!!

te **ABANAM, PRENDEM**
OU **APERTAM**

utilizam **CASTIGOS FÍSICOS** para te reprender quanto te portas mal

te **FORÇAM** a **ASSISTIR** ou
PARTICIPAR em atividades de cariz **SEXUAL**

NÃO se preocupam se **VAIS À ESCOLA**
ou se fazes as **ATIVIDADES** indicadas

NUNCA vais ao **MÉDICO**
nem fazes as **VACINAS**

FALA COM ALGUÉM DA TUA CONFIANÇA OU USA UM DESTES CONTACTOS !!!

Linha Internet Segura 800 219 090	SOS CRIANÇA Telefone/e-mail/chat/ WhatsApp 116111	Linha da Criança (GRATUITO) 800 206 656	APAV (Associação Portuguesa de apoio à vitima) 116006 www.apav.pt	Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens cnpdpcj.gov.pt 961 231 111	Linha de Emergência Nacional LINHA - 112

Vanessa Palma
AE Mestrado em Associação e ESIP do IP Beja

Fonte das imagens: **https://www.freepik.com/**

APÊNDICE VIII

Divulgação do Filme “Preparar a Alta do Bebé”

(UCIN)

Preparar a alta do bebé

A chegada de um bebé a casa é um momento marcante para toda a família!

Requer numerosas mudanças, tanto na rotina da família como na organização da casa e exige um assimilar de novos conhecimentos.

Nunca é demais relembrar alguns aspetos essenciais dos cuidados ao bebé, presentes no vídeo disponibilizado na sala de pais do serviço.

Para aceder ao vídeo:

- Ligue a televisão e o aparelho TDT;
- Pressione o botão “Menu” do comando do TDT;
- Selecione o item “USB”
- Selecione “Multimédia” e carregue em “Filme”
- Escolha o título “Preparar a alta do bebé”
- Carregue no botão vermelho para visualizar em ecrã inteiro

Caso pretenda aceder ao vídeo em formato online pode fazê-lo através do link:

https://youtu.be/myPD4PFVGGE ou do QRCode

Elaborado por:
Vanessa Palma
Aluna do Mestrado em Associação e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, IPBeja

APÊNDICE IX

QRCode de Acesso ao Filme “Preparar a Alta do Bebé”

(UCIN)

QRCode do Filme “Preparar a Alto do Bebé”

APÊNDICE X

Protocolo de Intervenção "Maus-tratos em Crianças e Jovens no Serviço de Urgência Pediátrica"

Centro Hospitalar Universitário

Serviço de Urgência Pediátrica

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Elaborado por:

Vanessa Palma

(Aluna do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrico, IPBeja)

Abril, 2021

Maus tratos em crianças e jovens

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

OBJETIVO DO PROTOCOLO

Estabelecer linhas orientadoras de intervenção de enfermagem perante situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos a crianças e jovens que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica.

Os maus tratos são considerados um problema de saúde pública que afeta toda a população, particularmente os grupos populacionais mais vulneráveis, como as crianças e jovens, e têm repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos mesmos. (DGS, 2008)

Segundo Leça et al. (2011:7) maus tratos a crianças e jovens entendem-se como "qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial da vítima" e podem assumir diversas formas clínicas.

Existem sinais e sintomas que evidenciam uma disfuncionalidade no desenvolvimento físico ou psíquico da criança/jovem e para os quais não se encontra uma causa orgânica, denominados sinais de alerta. (Leça et al., 2011) Os sinais de alerta são indicadores de uma probabilidade aumentada da ocorrência de maus tratos e implicam a necessidade de uma análise detalhada e consequente intervenção. (Leça et al., 2011) Assim, torna-se fulcral que os enfermeiros, particularmente no serviço de Urgência Pediátrica, estejam despertos para alguns dos mais frequentes sinais, sintomas e indicadores da multiplicidade de formas clínicas que os maus tratos infantis podem adquirir. (Quadro 1)

Face a uma situação suspeita de maus tratos a crianças e jovens, a intervenção dos enfermeiros deve ter como objectivos centrais a proteção da criança/jovem, a intervenção no risco para prevenir evolução para o perigo e a prevenção da recorrência, tornando-se perentória uma atuação responsável, rigorosa e semelhante entre os vários profissionais. (Leça et al., 2011) (Figura 1) Assim, a prestação de cuidados de saúde de excelência a crianças, jovens e famílias em situação suspeita de maus tratos é fundamental para reduzir traumas, promover a recuperação e prevenir a recorrência de atos de violência, melhorando a qualidade dos cuidados. (Organização Mundial da Saúde, 2014) Nesse sentido, surge este

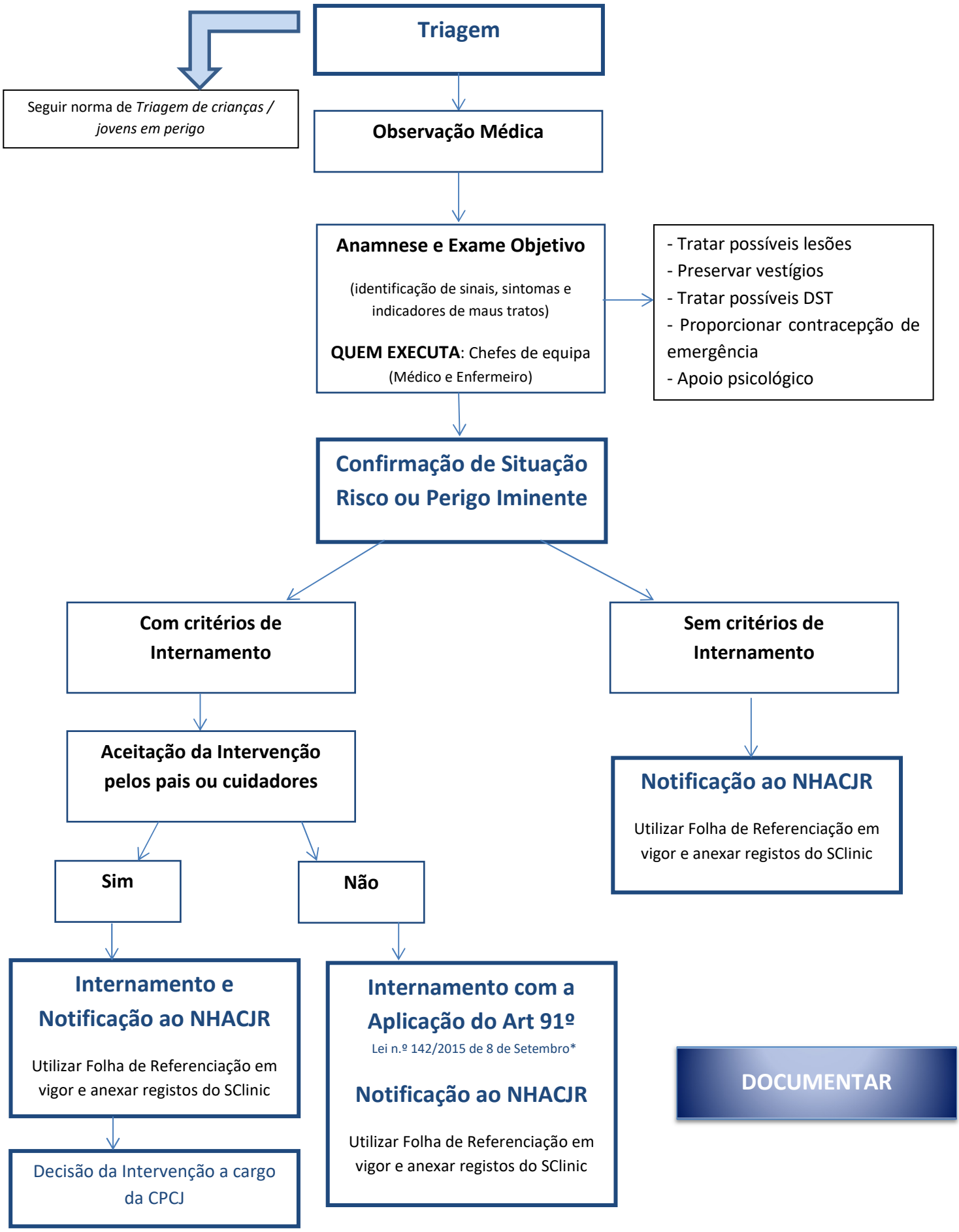
protocolo de intervenção de enfermagem para uniformizar os cuidados prestados nestas situações de grande vulnerabilidade bem como definir algumas estratégias no modo de abordar as crianças/jovens e famílias que vivenciam esta experiência.

Quadro 1 : Sinais, sintomas e indicadores de maus tratos infantis (Leça et al., 2011)

Negligência	Mau trato Físico	Mau trato Psíquico/emocional	Abuso Sexual	Síndroma de Munchausen por Procuração
Incapacidade de proporcionar à criança/jovem a satisfação das necessidades básicas, geralmente continuada no tempo.	Ação não acidental, isolada ou repetida, que provoque ou possa vir a provocar dano físico na criança/jovem.	Privação da criança/jovem de um ambiente seguro e de bem-estar afetivo.	Envolvimento de uma criança/jovem em atividades cuja finalidade seja a satisfação sexual de um adulto.	Atribuição à criança, pelos pais ou cuidadores, de vários sinais ou sintomas com a intenção de convencer a equipa de saúde da existência de uma doença.
• Carência de higiene; • Vestuário inapropriado relativamente à estação do ano; • Inexistência de rotinas nomeadamente de alimentação e sono; • Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por ausência de supervisão; • Alterações no	• Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos acidentais (face, periocular, orelhas, boca e pescoço, zona proximal das extremidades, genitais e nádegas); • Síndroma da criança abanada; • Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com	• Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais, sem causa orgânica aparente; • Comportamentos agressivos (auto e heteroagressividade) e/ou auto-mutilação; • Ansiedade excessiva ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; • Perturbações do	• Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, infecção); • Presença de esperma no corpo da criança/jovem; • Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen ou fissuras anais; • Leucorreia persistente ou recorrente; • Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;	• Administração de medicação ou drogas à criança/jovem, pelos pais ou cuidadores, para provocar determinada sintomatologia; • Adulteração, pelos pais ou cuidadores, de colheitas de urina da criança/jovem com sangue ou contaminantes bacterianos; • Provocação, pelos pais ou cuidadores, de semi-

desenvolvimento e na aquisição de competências sociais como linguagem, motricidade e socialização, não devidamente acompanhadas; • Incumprimento da vigilância de saúde preconizada no Programa de Saúde Infantil e o Plano Nacional de vacinação; • Crianças/Jovens com doença crónica sem vigilância e cuidados adequados; • Intoxicações e acidentes de repetição.	deformação craniana; • Lesões provocadas que deixam marcam (fivela, corda,mãos, chicote, régua); • Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura); • Fraturas de costelas e vértebras; • Demora ou ausência na procura de cuidados; • História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão; • Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem); • Alterações graves do estado nutricional.	comportamento alimentar; • Alterações no controlo dos esfíncteres; • Choro incontrolável no primeiro ano de vida; • Comportamento ou ideação suicida.	• Lesões no pénis ou região escrotal; • Equimoses ou petéquias na mucosa oral ou laceração do freio dos lábios; • Laceração do hímen; • Doenças sexualmente transmissíveis; • Gravidez.	sufocação repetidamente à criança/jovem, antes de recorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

Figura 1: Intervenção do Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica face a uma situação suspeita de maus tratos a crianças e jovens



***Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro, Artigo 91º** (Assembleia da Republica, 2015)

CAPÍTULO VII
Procedimentos de urgência

Artigo 91.o
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.
4 — O Ministério Público, recebida a comunicação efectuada por qualquer das entidades referidas nos números anteriores, requer imediatamente ao tribunal competente procedimento judicial urgente nos termos do artigo seguinte.

QUEM EXECUTA:

- Chefes de equipa (Médico e Enfermeiro)

ESTRATÉGIAS PARA ABORDAR AS CRIANÇAS/JOVENS E FAMÍLIAS

(XXII Governo Constitucional, 2020 e Leça et al., 2011)

- Observar a criança/jovem e família, particularmente a interação entre os elementos, bem como a expressão comportamental da criança/jovem;

- Fazer entrevistas separadamente, quando possível;

- Preparar um ambiente calmo e confortável e assegurar que não há interrupções ao longo da entrevista;

- Articular com outros profissionais das diferentes unidades (Centro de Saúde, NHACJR)

Na entrevista à criança/jovem:

- Explicar à criança/jovem o porquê de fazer-lhe perguntas e disponibilizar tempo para que a criança/jovem também questione;
- Utilizar questões abertas, privilegiando o discurso livre da criança/jovem;
- Evitar perguntas desnecessárias ou diretas pois podem soar como bruscas ou agressivas;
- Transmitir empatia, compreensão, confiança, orientação e proteção à criança/jovem;
- Acalmar a criança/jovem e aumentar o seu sentimento de segurança;
- Valorizar o que a criança diz, enaltecendo a importância de ter falado e mostrar que acredita nela;
- Apaziguar tensões que possam surgir durante a entrevista;
- Mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança/jovem, incentivando-a a falar e a expressar os seus sentimentos, escutando o seu testemunho;
- Utilizar linguagem adequada à fase do desenvolvimento de cada criança/jovem;
- Não interromper a criança/jovem;
- Não induzir ou tentar "adivinhar" o que criança/jovem vai dizer;
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente, não criticar ou falar negativamente sobre a pessoa agressora;
- Valorizar a atitude/comportamento da criança/jovem durante o processo de recolha e análise de informação nomeadamente a colaboração prestada;
- Mostrar à criança/jovem que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado e que irá ter ajuda para si e para a família;
- Não proferir afirmações que não se possam cumprir;

Exemplos de questões:

- Como correm “as coisas” em casa?
- Como te sentes ao voltar para casa?
- O que acontece na tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?
- O que acontece na tua casa quando alguma coisa corre mal?
- O que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?
- O que acontece quando não fazes o que os teus pais dizem?
- Queres partilhar comigo o que se passou?
- Tens medo de alguma coisa ou de alguém?
- Se tivesses de pedir ajuda a alguém, a quem pedirias?
- Tens algum telemóvel que possas utilizar quando eles estão a discutir?
- Percebo que estejas assustado/a, revoltado/a, com medo.
- É natural que te sintas assim.

Na entrevista aos pais/cuidadores:

- Assegurar um tratamento digno para todos os intervenientes;
- Assegurar privacidade e confidencialidade;
- Valorizar a atitude/comportamento dos pais/cuidadores face ao reconhecimento da necessidade de intervenção e a veracidade das informações;
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção (se não for o agressor);
- Não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhar os intervenientes, nem reagir intempestivamente;
- Manter escuta ativa dando suporte durante o diálogo;
- Transmitir que o interesse dos enfermeiros é garantir a proteção da criança/jovem, tal como os pais/cuidadores, e serão parceiros nesse cuidado.

Exemplos de questões:

- O que faz quando o seu filho se porta mal?
- Como faz para o seu filho cumprir as regras estipuladas?
- Já alguma vez magoou o seu filho?
- O seu filho fica com quem quando não está em casa?
- Sente que o seu filho está em segurança?
- Sabe onde pode procurar ajuda?

O que registar:

(XXII Governo Constitucional, 2020 e Leça et al., 2011)

- Recolher, analisar e registar informação relacionada com a natureza dos sintomas detetados para excluir causa orgânica e mencionar associação a outros sintomas, persistência no tempo (> 6 meses) bem com intervenções recorrentes e pedido de ajuda por parte de um dos pais;

- Registar na história clínica os fatores de risco, os fatores de proteção e de agravamento detetados bem como a evolução dos mesmo e efeitos na criança (se percetível);

- Registar incidentes anteriores de lesões e episódios anteriores de hospitalização

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da Republica. (2015). Lei n.º 142/2015 – Assembleia da República – Segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro. *Diário Da República*, *204*(1), 423. Retrieved from http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Setembro/Lei_142_2015.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens Intervenção da Saúde*.

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., … Prazeres, V. (2011). Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. *Direção Geral Da Saúde*, 7–10.

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014. *Organização Mundial de Saúde;*, 1–288. Retrieved from file:///C:/Users/Estudante/Downloads/9789241564793_por (6).pdf%0Ahttp://www.who.int/iris/handle/10665/145086

XXII Governo Constitucional. (2020). *Guia de intervenção integrada junto de crianças ou jovens vítimas de violência doméstica*.