



33ª Edição

julho - setembro 2016

Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral

Ano X, Nº 33
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica
Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados para esta
edição são da exclusiva
responsabilidade dos seus autores.

Sumário

- Pneumonia Associada ao Ventilador numa Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente: Prática baseada na evidência..... 3
- Cuidados de Enfermagem à pessoa em Morte Cerebral, potencial dadora de
órgãos/tecidos 9
- Quando por detrás de um beijo se esconde a agressão: romper a escalada da violência
nas relações íntimas entre adolescentes. Contributos de e para a enfermagem 21
- A Infância como Construção Social: O Papel do Enfermeiro na Criança em Risco 35



Pneumonia Associada ao Ventilador numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente: Prática baseada na evidência

Sílvia Firmino, Isabel Hubert**, Andriy Krystopchuk****

Resumo

A Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) é um subtipo de pneumonia mais frequentemente associada ao doente crítico submetido a ventilação mecânica invasiva, resultando numa elevada taxa de morbilidade, mortalidade e com resultados económicos graves ¹.

Decorrente da nossa necessidade em conhecer a incidência de PAV na UCIP do Centro Hospital do Algarve, Serviço de Medicina Intensiva 1, Unidade de Faro, efetuamos um estudo retrospectivo que decorreu no período de Novembro de 2013 a Novembro de 2014. Verificou-se elevada incidência de PAV na nossa UCIP. Após a análise dos dados obtidos decidimos intervir e implementar um grupo de estratégias preventivas (Bundles) que contribuam para a redução da incidência de PAV e simultaneamente criar instrumentos de colheita de dados relativamente ao seu impacto nos cuidados de saúde prestados aos nossos doentes.

Palavras-chave: Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV); Bundles PAV, Prevenção PAV; Protocolo PAV

Abstract

The ventilator-associated pneumonia (VAP) is a frequent subtype of pneumonia associated with critical patient undergoing invasive mechanical ventilation, resulting in high morbidity rate, mortality and serious economic outcomes ¹.

To evaluate the incidence of VAP in the ICU of the Algarve Hospital Center, Intensive Care Unit 1, Unit Faro we made a retrospective study which took place in the period between November 2013 and November 2014. After analyzing the data we found a high incidence of VAP, as thus we decided to intervene by implementing a set of preventive strategies (Bundles) that may contribute to reduce the incidence of VAP and simultaneously create data collection instruments with regard to their impact on health care provided to our patients.

Key Words: Ventilator Associated Pneumonia (VAP); Bundles; VAP prevention; VAP Protocol.

*Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermeira Especialista EMC, Centro Hospitalar Algarvio, EPE, Departamento de Medicina Intensiva 1, UCIP Faro. E-mail: silviafirmino@min-saude.pt

** Enfermeira Chefe, Enfermeira Especialista EMC, Centro Hospitalar Algarvio, EPE, Departamento de Medicina Intensiva 1, UCIP Faro. E-mail: enfchauci@chalgarve.min-saude.pt

***Assistente hospitalar de Medicina Interna, Centro Hospitalar Algarvio, EPE, Departamento de Medicina Intensiva 1, UCIP Faro.

Introdução

Muita controvérsia continua a existir relativamente à designação que encerra o termo em si, Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV).

Debatida entre os peritos das sociedades europeias e norte americanas, estes fazem distinção entre pneumonia adquirida no hospital (PAH) e pneumonia associada ao ventilador (PAV), assim como na tipificação entre PAV de início precoce (até ao 4º dia)² e de início tardio. Nesta questão permanecem dúvidas relativamente ao timing em que separamos a precoce da tardia, variando assim entre os mesmos esta tipificação, uma vez que não é conhecido o tempo que se demora a desenvolver a pneumonia após a aspiração do microrganismo. Contudo, quando o termo precoce ou tardio é utilizado deve ser atendido o dia de admissão do doente na instituição como o primeiro dia independente do facto do doente estar entubado orotraquealmente ou não².

A pneumonia em doentes internados em unidades de cuidados intensivos está intimamente relacionada com prévios fatores de risco entre os quais destacamos a aspiração de microrganismos da flora nasal, da orogástrica, gástrica entre outros. Estes eventos podem acontecer previamente à sua admissão

nos intensivos, relacionados com fatores intrínsecos ao doente como diminuição dos mecanismos protetores da via aérea, após a entubação orotraqueal e admissão na UCI².

A PAV pode ser definida como uma infeção pulmonar que ocorre no doente crítico 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal e a instituição de ventilação mecânica invasiva, cuja incidência atinge 10 a 30% dos pacientes como

	Doentes internados na UCIP	Doentes com diagnóstico PAV	
	507 Submetidos VM: 407	47	Taxa de PAV (11, 5%)
<i>Género</i>	M-319 (61%) F-205 (39%)	M-35 (74%) F-12 (26%)	
<i>Idade média</i>	63 anos	65 anos	
<i>Índices de gravidade</i>	Apache II 20 (36%) SAPS II 45 (34%)	Apache II 24 (49%) SAPS II 57 (62%)	
<i>Média Dias de ventilação</i>	7	16	
<i>Média Dias de internamento</i>	6,62	19,8	Incidência PAV 1000 VM (17%)*

Tabela 1- Doentes internados na UCIP no período de 2013/2014

importante causa de morbilidade, cuja mortalidade pode exceder a 25%³.

Ao longo dos anos, o risco atribuível de morte diminuiu e é mais recentemente estimada em 9-13%. As taxas de PAV variam entre 1,2 e 8,5 por 1.000 dias de ventilação e são dependentes da definição utilizada para o diagnóstico. O risco para VAP é maior durante os primeiros 5 dias de ventilação mecânica (3%), com a duração média

entre intubação e desenvolvimento de PAV sendo 3,3 dias, este risco diminui para 2% por dia entre os dias 5-10 de ventilação e 1% por dia depois. Aproximadamente 50% de todos os antibióticos administrados na UCI são para o tratamento de PAV⁴.

As taxas de infeções nosocomiais, incluindo as PAV, quando conhecidas são automaticamente comparadas com a realidade de outros países e desta forma assumem-se como um indicador de qualidade de um serviço².

Enquanto profissionais de saúde da UCIP de Faro, não podemos dissociar a PAV da nossa prestação de cuidados, pelo que pretendemos com este artigo dar a conhecer o percurso por nós efetuado após a análise dos dados estatísticos e as estratégias implementadas suportadas pela evidência científica atual, visando a redução da incidência PAV no nosso serviço e contribuir para um sistema de qualidade.

O presente artigo tem como objetivos:

- 1) apresentar resultados estatísticos da nossa UCIP do ano 2013/2014 referente à PAV;
- 2) dar a conhecer as estratégias implementadas na UCIP relativamente à prevenção da PAV;
- 3) apresentar resultados obtidos após implementação e avaliação do protocolo prevenção PAV

Na UCIP de Faro foi efetuado um estudo retrospectivo no período de 1/11/2013 a 1/11/2014 utilizando a plataforma informática

B-ICU com a colheita prospetiva de dados referentes às variáveis idade, género, motivo de admissão, fatores de risco, agentes isolados, sensibilidade aos antibióticos, distribuição por grupos nosológicos, entre outros.

Neste período de tempo foram internados na UCIP 507 doentes, dos quais 407 foram submetidos a ventilação mecânica invasiva, com um total de 2762 dias de ventilação.

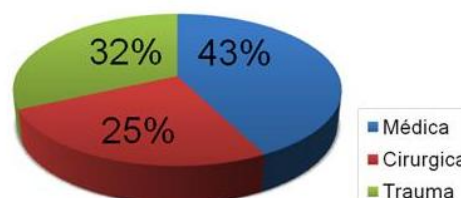


Gráfico 1 - Distribuição dos doentes PAV por grupo nosológico

Análise e discussão dos dados

Da análise estatística dos dados obtidos, podemos observar que dos 407 doentes ventilados invasivamente, 47 adquiriam PAV o que corresponde a uma taxa de 11,5% de PAV e uma incidência de PAV de 17 por 1000 dias de ventilação, incidência ligeiramente elevada para este tipo de UCIP comparativamente com outras unidades europeias cujos valores rondam os 9-15%⁵. Comparativamente podemos observar que os doentes com diagnóstico PAV apresentam scores de índices de gravidade preditivos de mortalidade (Apache II e SAPS II) mais elevados assim como uma

maior média de dias de ventilação mecânica e de internamento.

Dos nossos 47 doentes com PAV, o maior grupo nosológico foi o foro cirúrgico e trauma (TCE, HSA, Abdómen agudo, peritonite, politraumatizado) seguindo-se o grupo do foro médico (PCR; AVC/distúrbios neurológicos; EAM, infeções tecidos moles; Sépsis).

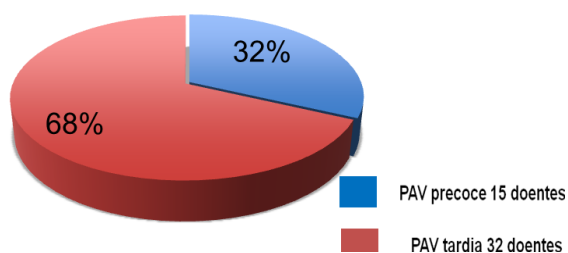


Gráfico 2 - Distribuição dos doentes PAV precoce e tardia

Na nossa UCIP prevaleceu a PAV tardia descrita como a que surge após 5 dias de internamento, geralmente atribuída a agentes patogênicos sensíveis a antibioterapia sendo os mais frequentes na nossa UCIP os Estafilococos MSSA, Pseudomonas Aeruginosas, Estafilococos MRSA, Klebsiella, Acinetobacter Baumannii, entre outros – gráfico 3.

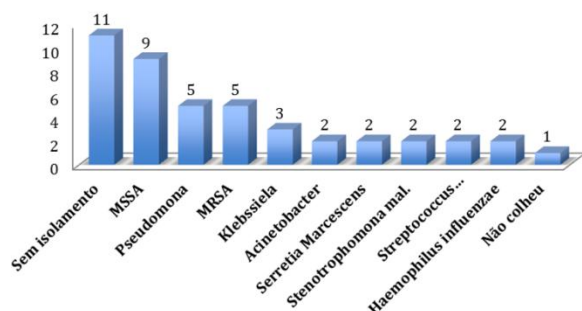


Gráfico 3 - Prevalência dos agentes na UCIP período 2013/2014

Prática baseada na evidência

A prática baseada na evidência científica (PBE) tem sido definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de doentes⁸. O objetivo da PBE é proporcionar e melhorar os cuidados de saúde, decorrendo em resultados positivos para os doentes⁷. Assim orientamos a nossa prática suportando-nos em bundles como estratégias que podem prevenir a mortalidade e a morbilidade em UCI'S⁸. As bundles da ventilação consistem num conjunto de intervenções de cuidados que reduzem o risco de PAV quando instituídas simultaneamente⁸.

- 1) Suspensão diária da sedação
- 2) Avaliação e tentativa de respiração espontânea diária do doente
- 3) Evitar posição supina objetivando cabeceira do leito mínimo a 30º
- 4) Uso de clorexidina 1% como parte do cuidado diário da higiene oral
- 5) Uso de sistema de drenagem subglótica⁹.

Estratégias definidas

Tendo por base estas bundles elaboramos para a nossa UCIP um protocolo de prevenção PAV que foi aplicado no mês de Janeiro. Neste período tivemos 36 doentes com VMI o que correspondeu a 204 dias de VM. No mês de Fevereiro de 2015 foi aplicada uma check list ao protocolo PAV no sentido de avaliar a

aplicabilidade do protocolo diariamente no turno da manhã.

De entre as estratégias implementadas a única que não foi aplicada foi o uso de sistema de aspiração de drenagem subglótica por não existir este dispositivo na instituição, facto relacionado com custos monetários do mesmo. Da análise dos dados obtidos podemos constatar:

- a) Cumprimos a suspensão da sedação em 165 dias (81%);
- b) Avaliação de respiração espontânea cumprido em 143 dias (70%);
- c) Elevação da cabeceira > 30º cumprido em 88 dias (42%)
- d) Uso da clorexidina cumprido em 203 dias (99,5%).

No cômputo geral a média de cumprimento do protocolo da prevenção da PAV foi de 73%.

Conclusão

Após a análise dos dados obtidos identificamos a estratégia elevação da cabeceira da cama como o item alvo a melhorar na nossa prática de cuidados. Consideramos que devemos reforçar a formação e sensibilizar toda a equipa multidisciplinar para esta temática, assim como para a necessidade e importância da aplicação de outros protocolos de boas práticas clínicas na abordagem dos doentes, tais como o protocolo do desmame ventilatório, da sedação, da agitação e delírio entre outros. De

igual modo consideramos pertinente a divulgação no seio da equipa dos resultados da avaliação do protocolo como forma de motivar as pessoas e fazer com que sintam parte integrante do processo.

Futuramente pretendemos auditar mais frequentemente o cumprimento da adesão ao Protocolo PAV, assim como a sensibilização da equipa com a introdução de cartazes informativos colocados em locais estratégicos dentro da unidade. Por fim a evidência científica atual mostra-nos que existe uma forte associação entre a implementação de estratégias preventivas baseadas num grupo de bundles e na associação de protocolos no decréscimo das taxas PAV, dos dias de ventilação mecânica, dos dias de internamento e nas taxas de mortalidade⁸.

Referências bibliográficas

1. COFFIN, Susan E. et al, SHEA/IDSA PRACTICE RECOMMENDATION; Strategies to prevent ventilator-associated Pneumonia in Acute care hospitals; Infection control and hospital epidemiology. [em linha]. Atual. [Consultado em 7/10/2014 às 19.30]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18840087>
2. Torres, Antoni et al., Defining, treating and preventing hospital acquired pneumonia: European perspective; Intensive care Med. [em linha]. Atual. [Consultado em 12/12/2014 às 9.30]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18989656>
3. NEPOMUCENO, Raquel et al; Fatores de Risco Modificáveis para Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Terapia Intensiva;

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. ISSN 2238-3360. N.º 1, Jan-Mar,2014, p.23-27.

4.HUNTER; Joseph et al., The ventilator-associated pneumonia as a tracer condition for quality and patient's safety in the adult intensive care unit. A critical process analysis; 11th International Conference on Information Systems and Technology Management – CONTECSI. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/01/2015 às 17.00]. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tecsi.fea.usp.br%2Fenvio%2Fcontecsi%2Findex.php%2Fcontecsi%2F11contecsi%2Fpaper%2Fdownload%2F527%2F132&ei=IHvVbOOEIHaUtj0hoAG&usg=AFQjCNHfoNZo4Z832bxWSxq6Ywzz898Q4A&bvm=bv.96952980,d.ZGU>

5. JOSEPH, Noyial M; et al., Ventilator-associated pneumonia: A review. [em linha]. Atual. [Consultado em 12/03/2015 às 10.00]. Disponível em http://scholar.google.pt/scholar_url?url=https://xa.yimg.com/kq/groups/16298323/2119309964/name/Review%2BNAV,%2BEJIM%2B2010.pdf&hl=pt-PT&sa=X&scisig=AAGBfm0JoPK-2JBjVfPhPxJW5JI1f1IKXA&nossl=1&oi=scholar&ei=mHyVVZjZEoTtUuiXgSA&ved=0CB4QgAMoATAA

6.KALANURIA et al., Ventilator associated pneumonia in the ICU; Intensive Care and

Emergency Medicine. [em linha]. Atual. [Consultado em 12/11/2014 às 9.30]. Disponível em <http://ccforum.com/content/pdf/cc13775.pdf>

7.SACKETT, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. and Haynes, R.B. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/01/2014 às 21.40]. Disponível em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=188061&resultclick=1>

8.O'KEEFE-McCARTHY, Sheila; et al., Ventilator-Associated Pneumonia Bundled

Strategies: An Evidence-Based Practice. MN Worldviews on Evidence-Based Nursing. [em linha]. Atual. [Consultado em 23/10/2014 às 21.55]. Disponível em http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01329303452.pdf

9.SCOTTISH INTENSIVE CARE SOCIETY AUDIT GROUP: VAP Prevention Bundle Guidance for Implementation. [em linha]. Atual. [Consultado em 16/12/2012 às 16.30]. Disponível em <http://www.sicsag.scot.nhs.uk/HAI/VAP-Prevention-Bundle-web.pdf>

Cuidados de Enfermagem à pessoa em Morte Cerebral, potencial dadora de órgãos/tecidos

Raquel Robalo, Armandina Antunes***

Resumo

A escassez de órgãos para transplante trata-se de uma problemática atual. O número de pessoas em lista de espera para transplante é elevado e o número de dadores revela-se insuficiente para as necessidades. O enfermeiro pela sua proximidade à pessoa e família na prestação de cuidados, ocupa uma posição privilegiada na identificação de potenciais dadores. Estes cuidados requerem conhecimentos e competências (técnicas, humanas, éticas e legais) para as quais o enfermeiro deve estar desperto. O presente artigo tem o propósito de dar a conhecer o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido na Urgência Geral Polivalente do Hospital X, no âmbito da pessoa em Morte Cerebral, incluindo a identificação/referenciação, diagnóstico, avaliação, manutenção do potencial dador de órgãos/tecidos e a abordagem da família, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS. Suportado na Teoria das Transições de Afaf Meleis, o projeto baseou-se igualmente na Metodologia de Trabalho de Projeto, com o objetivo geral de capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação neurocrítica, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada, através da reformulação de um procedimento setorial e formação à equipa.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Neurocrítica, Potencial dador de órgãos/tecidos, Metodologia Trabalho de Projeto, Morte cerebral, Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Abstract

The shortage of organs for transplantation is an actual problem. The number of people on the waiting list is high and the number of donors proves is insufficient for the demand. Nurses due to the proximity to the person and family during care, occupies a privileged position at the identification of potential donors. Nurses should be aware that such care requires knowledge and skills (techniques, human, ethical and legal). This article intends to divulge the Attendance Intervention Project developed in a hospital's emergency department, under the scope of brain death situation, including identification/referral, diagnosis, assessment, maintenance in the approach to family/significant person, under the 4th Master's Course in Medical-Surgical Nursing on ESS/IPS. Supported on the Theory of Afaf Meleis transitions, the project was based also in the Project Work Methodology, with the overall aim of training for the importance of detecting and providing early care to the person in NC situation, potential donor tissue / organ in urgent context of global and guided way through the redesign of a sectoral procedure.

Key words: Person in Neurocritic Situation, Potential Organ/Tissues Donor, Emergency Department, Work Project Methodology, Brain Death, Master's Course in Medical-Surgical

* Enfermeira Especialista EMC, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

** Enfermeira Especialista EMC, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Professora Adjunta Convidada ESS-IPS

INTRODUÇÃO

O presente artigo traduz um projeto de intervenção realizado numa Urgência Geral Polivalente de um Hospital de Lisboa. Surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal onde se pretendeu capacitar, para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação neurocrítica (NC), potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global. A problemática foi identificada aquando da prática profissional durante o estágio realizado na Urgência Geral Polivalente (UGP).

O presente artigo tem como objetivo (1) enquadrar o projeto, com filiação à Teoria da Transição de Afaf Meleis; (2) realizar uma revisão bibliográfica acerca da temática em estudo; (3) apresentar e justificar a metodologia de trabalho utilizada; (4) refletir acerca dos resultados obtidos e (5) refletir sobre a adequação do projeto à data atual.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A UGP onde se desenvolveu o projeto de intervenção, permite um nível diferenciado de resposta às situações de Urgência/Emergência e possui outras valências para além das existentes no Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica conforme o enunciado no Despacho nº

10319/2014 de 11 de Agosto. Dentro do âmbito da UGP, a Sala de Emergência (SE) é um dos setores que mais fascínio e insegurança cria nos profissionais que ali trabalham. Os enfermeiros que exercem funções neste setor devem possuir um conjunto específico de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados. A atuação assenta em procedimentos que visam a deteção e tratamento de lesões que provoquem instabilidade hemodinâmica, colocando a vida em perigo. Ali são admitidas pessoas quer em situação de doença aguda quer crítica agudizada, mas com o denominador comum de se encontrarem em situação crítica e por isso numa situação de transição em relação ao seu processo de doença.

O ambiente é complexo, sobretudo em resultado da natureza imprevisível da maioria das situações clínicas. Importa estabelecer prioridades nos cuidados a prestar de acordo com as necessidades em saúde da população. Implicam elevados níveis de stress, ritmo acelerado e o impasse entre a vida e a morte. A rapidez e o saber agir são as chaves para a excelência nos cuidados de saúde neste setor. O tratamento da pessoa em situação crítica na SE requer conhecimentos interdisciplinares, competências na área da reanimação, comunicação, identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética. Para lidar com a complexidade das situações de emergência, assim como com as situações

difíceis com que se deparam os enfermeiros na prática, são exigidas competências específicas, o que configura com a definição de enfermeiro especialista enunciado pela OE (Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro).

Na UGP existem 4 SE, 2 de Emergência Médica e 2 de Emergência cirúrgica (Trauma Room). Cada uma destas salas é constituída por uma unidade para a receção de pessoas em situação crítica, dispondo de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibriladores, terapêutica e materiais afins. Duas das SE apresentam características que as permitem funcionar como salas de Bloco Operatório e as Trauma Room estão ainda equipadas com aparelhos de imagiologia.

Apesar das pessoas que aí chegam em situação NC, poderem recuperar, a hipótese da irreversibilidade do quadro dadas as alterações fisiopatológicas, é uma possibilidade. Neste sentido a MC pode estar fortemente presente, antevendo-se potencialidade para a doação.

Assim, a Teoria da Transição de Meleis é a que melhor se relaciona com a temática da pessoa potencial dadora de órgãos e tecidos e da sua família/pessoa significativa. A palavra Transição deriva do latim *Transitióne*, que significa o ato ou o efeito de passar de um estado, assunto ou lugar para outro. Não se trata apenas de uma mudança, implica um processo psicológico que envolve a adaptação à mudança face aos

eventos perturbadores, ou seja a transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e autodeterminação das pessoas para incorporarem a mudança na sua vida, como o caso da pessoa saudável que subitamente adoece dada a situação NC, mas também a sua família que vivencia tal situação.

Para Meleis (2011) a pessoa deve ser vista como um indivíduo com necessidades próprias que se encontra em constante interação com o meio ambiente e com capacidade para se adaptar a essas mudanças, mas que devido a uma situação de doença ou de maior vulnerabilidade, entra em desequilíbrio.

A pessoa em situação NC, encontra-se num estado de mudança muitas vezes súbito, de saúde para um estado de doença, pode evoluir para a recuperação total ou parcial, com a necessária adaptação ou para uma eventual situação, a mais relevante no projeto, que dada a gravidade e instabilidade, poderá conduzir à doação, em caso de MC se as alterações fisiopatológicas forem irreversíveis. Nas situações em que a reversão da patologia se verifica, o enfermeiro terá como função ajudar aquela pessoa na consciencialização da situação, de forma a proceder à transição e a reequilibrar-se independentemente de haver ou não sequelas. No caso em que a pessoa vem a constituir um potencial dador, a ajuda do enfermeiro na transição e na reorganização com vista à recuperação do bem-estar, faz-se de

uma forma indireta, à pessoa em lista de espera por um transplante, a fim de poder melhorar a qualidade de vida, através dos cuidados que são prestados ao dador.

Por outro lado, enquanto estrutura dinâmica que é, a família vai-se adaptando à medida que vão sendo dadas as informações relativas ao prognóstico, à confirmação ou não do diagnóstico de MC e da potencialidade da doação. A família fá-lo com o apoio do enfermeiro que deve saber identificar as necessidades desta e facilitar o processo de adaptação, mobilizando recursos e identificando estratégias. A par do conhecimento surge o ajustamento que segundo Meleis et al. (2000), é a propriedade que demonstra o grau de envolvimento das pessoas no processo inerente à transição. A autora considera que o nível de ajustamento depende do nível de consciência da pessoa, o conhecimento da sua transição. Os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/doença. Assim, se a família ou pessoa significativa tiverem consciência da situação e do significado efetivo do que é a MC, tal traduzir-se-á numa situação facilitadora para a aceitação e no processo de transição. Parte-se do princípio que quanto maior é a consciencialização, maior é o envolvimento e o

investimento do indivíduo na transição (Meleis, 2011). Deste modo, o significado atribuído pela família ou pessoa significativa à morte, pode influenciar positiva ou negativamente o processo de transição, pelo que o enfermeiro deve considerar o tipo de informação a que as pessoas querem aceder, quais os fatores que possuem maior importância, os conhecimentos e as suas experiências anteriores. Meleis et al. (2000), consideram que a preparação anterior facilita o processo de transição, além de que o conhecimento do que é expectável durante a transição e as estratégias de gestão de transição também são facilitadores. O enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação, sendo encarado como um recurso comunitário para facilitar o processo de transição. Por isso, preconiza-se que na situação específica em estudo, a abordagem destes deve ser feita o mais precocemente possível no sentido de identificar necessidades, expectativas e experiências anteriores, medos, perceções erradas e recursos a fim de desenhar as melhores estratégias para a vivência da transição.

A doação

Existem diferentes tipos de dadores: vivo e morto. Este último, em MC cujo diagnóstico é baseado em critérios neurológicos ou com coração parado cujo diagnóstico é baseado em critérios cardiopulmonares (OMS, 2009).

Segundo a Declaração da Ordem dos Médicos prevista no Artigo 12º da Lei nº 12/ 93 de 22 de Abril, o dador em morte cerebral, é entendido como todo o indivíduo conectado ao ventilador com funções vitais mantidas artificialmente com perda total ou irreversível do tronco cerebral, a quem foram realizadas provas de verificação e certificação de morte cerebral. Continuar a cuidar e a investir numa pessoa em MC é ocupação desnecessária de meios e recursos que são caros e escassos e que se prolongam para além do desgaste emocional dos profissionais e familiares e a possibilidade de se obterem órgãos em condições adequadas diminui.

Por potencial dador morto, entende-se a pessoa morta sem qualquer indicação médica, com o diagnóstico de morte cerebral ou morte cardíaca iniciada ou completa (OMS, 2009, p. 12).

Em 2015 realizaram-se em Portugal 830 transplantes, uma subida de 11,1%, relativamente a 2014, graças ao aumento de 9% do número de dadores. 381 dadores em 2015 (318 falecidos e 63 vivos), que corresponde a 36,7 dadores por milhão de habitantes. Em 2015 foram colhidos 894 órgãos. Considerando a alteração do perfil do dador a que vimos assistindo nos últimos anos, com o aumento da idade média dos dadores falecidos (51,4 em 2014 para 54,2 em 2015) e do número de dadores falecidos de causa médica, o aumento

do número de órgãos colhidos não é proporcional ao aumento do número de dadores falecidos (<http://ipst.pt>).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada baseou-se na Metodologia de Trabalho de Projeto (MTP), intimamente relacionada com o “princípio da prática reflexiva, que de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação” (Ruivo et al., 2010).

Diagnóstico de situação

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico da situação foram a entrevista não estruturada a 12 enfermeiros peritos na área, com o Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a exercer funções neste serviço. Como critérios de exclusão, os enfermeiros que nunca prestaram cuidados nas SE e a pessoas identificadas como potenciais dadoras de órgãos/tecidos. Foram feitas questões relativas aos conhecimentos e à prática dos restantes enfermeiros a estas pessoas, de acordo com a sua perceção, mas também relativo aos aspetos considerados mais e menos positivos e que deveriam ser melhorados através de propostas concretas. Foi também realizada uma análise de SWOT, escolhida pela sua simplicidade e adaptação a diversos cenários, no sentido de permitir

levantar dados importantes, relativos ao problema identificado,

Contextualização da problemática

À semelhança da UCI, a SE é o local adequado para assumir a responsabilidade integral dos cuidados a estas pessoas, com disfunção orgânica, permitindo uma monitorização e/ou terapêutica intensiva, pelo que, esta surge como uma segunda linha de cuidados (Fernandes & Gomes, 2013). Permite a prestação de cuidados globais e especializados, com recursos humanos e meios diferenciados de forma a responder às necessidades das pessoas Freire et al. (2014). A deteção é classicamente feita em UCIs mas os SU são cada vez mais considerados uma fonte de potenciais dadores, como refere Aguiar et al. (2010) o que vem corroborar a pertinência deste estudo e a necessidade da capacitação dos enfermeiros que prestam cuidados nas SE. Importa assim, que toda a equipa de enfermagem que ali desempenha funções esteja apta a integrar a equipa multidisciplinar. Neste sentido e perante a OMS (2009) que recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e a eficácia dos procedimentos realizados às pessoas em situação crítica, considerou-se fundamental a reformulação do procedimento setorial sobre esta temática. Uma clarificação do papel do enfermeiro e uma normalização dos

procedimentos em situação de emergência, poderá contribuir para facilitar a articulação em equipa e para promover uma maior aceitação dos insucessos terapêuticos e o lidar com o erro, o que vem ao encontro dos nossos objetivos (OMS, 2009).

Ainda noutra perspetiva, mais que os custos inerentes ao transplante, importa despertar para a emergência da sua realização dada a desproporção entre órgãos necessários e disponíveis e o quanto os enfermeiros são corresponsáveis pelo sucesso e o insucesso deste, pois está diretamente relacionado com a identificação precoce do potencial dador e com os cuidados que são prestados durante a manutenção deste. O transplante mais caro é aquele em que se perde o órgão! (Macário, 2014, p. 3).

Para além disso, o tema apresenta-se com um cariz social dado que todos somos potenciais dadores se não estivermos inscritos no RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores), de acordo com o consentimento presumido e conforme presente na Lei 12/1993, art.º 11º, mas também como potenciais recetores. Por outro lado, está implícito o cariz de cidadania dado que o transplante é o único tratamento que requer a participação da sociedade para ser plenamente desenvolvido, dado que só existe transplante se houver doação. Consideramos que o tempo de espera por um transplante, é um problema de saúde pública, que condiciona a vida pessoal,

familiar, profissional, social e económica daqueles que aguardam por um transplante. Sendo o enfermeiro um elemento integrante da equipa multidisciplinar, consideramos fundamental que este esteja apto a atuar, utilizando todas as suas competências, saberes teórico-práticos, mas também a sua vertente humana e de relação com o outro que se encontra num momento de sofrimento e de crise.

Por outro lado constata-se uma reduzida experiência em cuidados intensivos e de enfermeiros recém chegados mas também um número reduzido destas pessoas, recebidas nas SE com estas necessidades. Desta forma, o sucesso na identificação e na manutenção pode ser posto em causa trazendo possíveis implicações para o transplante, dada a pouca experiência na abordagem, para além de um deficitário apoio à família.

Objetivos

Objetivo geral:

- Capacitar para a importância da deteção e prestação de cuidados precoces à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, em contexto de urgência, de forma global e norteada.

Objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE.

- Atualizar o procedimento setorial Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

- Divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas.

Estratégias e atividades desenvolvidas

Relativamente ao objetivo específico, desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos/tecidos, na SE, realizámos uma revisão bibliográfica em que foi possível aprofundar conceitos, práticas, questões éticas e legais associadas ao tema. Assistimos ao XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, em Lisboa, onde assistimos à forma como é feita a colheita de órgãos em Espanha em coração parado. Estivemos presente no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Coimbra onde assistimos à apresentação dos GCCT do Porto e Lisboa, por parte dos seus Coordenadores de colheita e transplantação.

Partindo de todo o conhecimento prático já adquirido ao longo da nossa carreira profissional e procurando experiências que nos tornassem enfermeiros peritos nesta área, escolhemos locais muito específicos para a realização dos nossos estágios. Assistimos à VIII

Reunião da colheita de órgãos e transplantação renal no HGO, fundamental para a consolidação e perceção dos dados atuais.

Realizámos estágio de observação num GCCT de Lisboa e Porto e num gabinete de doação de órgãos e tecidos, alocado a um GCCT de Lisboa. A sua escolha prendeu-se com o facto do Coordenador de colheita e transplantação ser enfermeira. Ao longo dos estágios, foi possível conhecer toda a dinâmica deste, as infraestruturas, os protocolos assinados com outras instituições e acompanhar a equipa de colheita de órgãos e tecidos em 2 cirurgias. Tivemos oportunidade de colaborar com os enfermeiros e apreender toda a dinâmica de preparação da sala, receção do dador, colheita de órgãos, acondicionamento, armazenamento, colheita de tecidos e preparação do corpo para entrega à família.

Também realizámos estágio de 14 horas na UCI de Neurocríticos do Hospital X, onde tivemos oportunidade de observar e prestar cuidados a um potencial dador de órgãos a aguardar provas de MC, bem como adquirir alguns conhecimentos sobre a avaliação neurológica deste e assistimos a 2 provas de MC.

Após um grande esforço, conseguimos um estágio de observação num Hospital de referência em Barcelona no sentido de conhecer a realidade num país considerado a nível mundial como dos melhores nesta área onde assistimos ao trabalho desenvolvido num

dos GCCT com maior atividade. Ficámos a conhecer o protocolo de dador em coração parado Tipo II (assistolia não controlada) e Tipo III (assistolia controlada). O tipo II por se relacionar de forma muito estreita com o serviço de emergência pré-hospitalar, levou-nos a considerar também pertinente a realização de um estágio. Tivemos oportunidade de acompanhar por diversas vezes o Coordenador Hospitalar da doação e da equipa da colheita de órgãos e tecidos em diversas colheitas dentro e fora do hospital. Assistimos a uma extração rápida com bomba de perfusão renal e com circulação extra corporal. Os resultados tornam-se ainda mais relevantes pela legislação em vigor, pelo que procurámos compreender de que forma conseguiam obter tão elevadas taxas de doação e transplantação.

Com vista ao objetivo específico, atualizar o procedimento setorial Cuidados de enfermagem ao potencial dador de órgãos/tecidos e acolhimento à família/pessoa significativa na urgência geral polivalente para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, realizámos uma revisão da literatura, pesquisando guidelines atuais, protocolos de atuação já implementados e artigos científicos, pesquisando sobre a fundamentação teórica da temática escolhida e que permitiu também justificar a problemática e servir de ponto de partida para a execução do projeto. Foi efetuada através de pesquisa informática de

artigos na base B-On e EBSCO, bem como de livros sobre o tema em estudo e realizada a colheita de dados epidemiológicos.

Tivemos por base as entrevistas feitas aos especialistas, aquando do diagnóstico de situação, relativamente a esta temática. Aquando do diagnóstico, foram explicados a todos os entrevistados, o projeto que se encontrava em estudo, sendo que todos consentiram e participaram livremente no mesmo. Foi realizado um pedido de autorização à Enfermeira Chefe de Serviço, onde foram explicados os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia de projeto.

Assim, no que respeita ao envolvimento dos líderes e peritos na área do cuidado à pessoa em situação NC, potencial dadora de órgãos e tecidos, na fase de diagnóstico, envolveu-se a enfermeira chefe e os enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no sentido de identificar a pertinência da temática. O envolvimento da equipa de enfermagem ocorreu ao longo de todo o estágio na UGP e constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança, através da sensibilização para a temática da identificação e dos cuidados ao potencial dador. Havendo uma participação no processo, será mais fácil a motivação para as novas práticas e uma maior satisfação pelo sucesso que se pretende alcançar.

Procedemos à reformulação do procedimento setorial com base nas referências bibliográficas encontradas, adaptada à atualidade e às diretrizes mais recentes, no que respeita à atuação/responsabilidade do enfermeiro que cuida de pessoas em situação NC, potenciais dadores de órgãos/tecidos, nas SE na UGP. A reformulação conduziu a alterações do procedimento setorial no que respeita a definições e cuidado ao potencial dador e à família e introduziram-se ainda, os cuidados de enfermagem aquando da realização das PMC e 2 fluxogramas explicativos.

Para avaliar a validade do procedimento setorial reformulado recorreu-se à ajuda de peritos, para que estes opinassem sobre quanto um aspeto era mais pertinente ou relevante que outro, uma vez que para Galdeano & Rossi (2006) enfermeiro expert (perito) é aquele que possui grande conhecimento e habilidade baseada em estudos e na experiência clínica. Por peritos, para além da Enf^a Chefe de Serviço e dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram considerados relevantes os enfermeiros Coordenadores do GCCT do Hospital X e um Neurocirurgião, permitindo desta forma uma real adequação do trabalho produzido aos dados da evidência, conferindo a necessária componente científica. No total foram selecionados 30 peritos.

Tendo por base as considerações feitas por estes, procedeu-se à segunda reformulação do

procedimento setorial, tendo em seguida sido submetido à validação final pela Enfermeira Chefe.

No sentido do objetivo específico, divulgar o conteúdo do procedimento setorial atualizado na UGP de forma a contribuir para as boas práticas, realizámos sessões formativas, sendo que nos conteúdos optámos por expôr os conceitos essenciais, as normas legais e as recomendações para os cuidados de enfermagem na identificação, referência ao GCCT, PMC, manutenção até à sua saída da UGP para o BO ou UCI e abordagem da família/pessoa significativa. As sessões foram de carácter expositivo e interativo, distintas e únicas, devido à partilha pessoal das experiências vividas e questões colocadas, permitindo a todos uma aprendizagem em equipa. Dado que os enfermeiros trabalham em equipa, considerámos pertinente estender a apresentação à equipa médica, no sentido de os sensibilizar para a importância da temática. Participaram 3 médicos da equipa fixa, sendo que 2 são também chefes de equipa, que considerámos terem um papel fundamental na envolvência da restante equipa médica. Nas sessões formativas foram abrangidos 60% de enfermeiros presentes.

Após o processo de formação da equipa, foi solicitado à Enfermeira Chefe, autorização para anexar os conteúdos expostos ao dossier já existente no serviço relativamente a esta

temática. A título de síntese foram elaborados 2 posters, para afixar em locais estratégicos.

As estratégias escolhidas para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam afirmar-se como resposta às dificuldades previstas, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos.

AVALIAÇÃO

Consideramos que as sessões de formação e a elaboração dos pósteres, foram veículos facilitadores da interiorização da informação e da sensibilização, de forma a promover a reflexão em conjunto, na equipa sobre o papel do enfermeiro nos cuidados ao potencial dador. Pensamos que em simultâneo facilitou a reflexão sobre as medidas corretivas possíveis de aplicar. Pretendemos motivar e envolver todos os participantes no processo, do qual fazem parte, como peças essenciais e para o qual têm a responsabilidade de contribuir ativamente.

Como estratégia de avaliação após a formação, procedeu-se à apresentação de um caso clínico, que foi analisado pelo grupo. Num segundo momento abriu-se espaço para sugestões, onde puderam ser registadas críticas, e sugeridas alterações. Constatou-se, nos dias seguintes, um interesse pelo tema após a formação, com a colocação de questões e pela verbalização de práticas alteradas por parte da amostra. Recorreu-se periodicamente ao levantamento

de questões junto da amostra aquando de casos pertinentes, no sentido de validar a informação assimilada. Consideramos que a formação foi uma estratégia bem conseguida a nível da aquisição de novas competências, na mudança de comportamentos e para a própria organização. Tendo por base o grupo de trabalho destinado à temática dos cuidados de enfermagem ao potencial dador e à abordagem da família/pessoa significativa, do qual fazemos parte, ficou definido a realização de avaliações periódicas, no sentido de trabalhar as questões relacionadas com o potencial dador.

A sessão foi muito bem aceite pela equipa de enfermagem, pois representa um instrumento de trabalho de fácil consulta e onde estão expressos todos os passos a seguir e todo o material necessário. Na globalidade foi considerada uma temática fundamental e com benefícios para a prática. A registar o interesse e a expectativa antecipada, por parte de alguns enfermeiros. Dada a manifesta relevância da sessão, por aqueles que não tiveram oportunidade de assistir à 1ª ou à 2ª parte, foram enviados via email, os conteúdos e discutidas algumas questões individualmente. Ficou em aberto a hipótese de estender as sessões formativas aos restantes profissionais da instituição e de realizar mais 1 ou 2 sessões na UGP, no sentido de abranger os 40% de enfermeiros que não estiveram presentes nas sessões formativas.

CONCLUSÃO

Através deste projeto conseguimos realçar a importância da capacitação e da qualificação do enfermeiro que atua nesta área, com conhecimentos técnicos (teórico práticos), legais, logísticos, éticos e assistenciais na manutenção do dador e de suporte e acolhimento da família. Como peça fundamental na equipa multidisciplinar, demonstrámos como atitudes positivas e negativas, influenciam de forma clara todo o processo, adiando ou contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de quem vive em lista de espera por um transplante e com um futuro ameaçado com dúvidas e medos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, M. I. F. [et al.] (2010) Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. Revista Mineira de Enfermagem, 14 (3), p. 353-60. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>

Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto. Diário da República nº 193- II Série. Ministério da Saúde. Acedido em Abril 10, 2015, em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/4285>

Fernandes, A. P. & Gomes, A. (2013) Detecção precoce de possíveis dadores em MC através de imagiologia. 2as Jornadas Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Acedido em Março 17, 2015, em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1156>

Freire, I. L. S. [et al.] (Outubro de 2014) Compreensão da equipa de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. Enfermeria Global, (36), p. 194-207. Acedido em Março 28, 2015, em

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf

Galdeano, L. E. & Rossi, L. A. (2006) Validação de conteúdo diagnóstica: critérios para seleção de Expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 (1), p. 60-66. Acedido em Março 25, 2015, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>.

Lei nº 12/93 de 22 de Abril. Diário da República nº 94/93- I-A Série. Assembleia da República. Acedido em Maio 1, 2015, em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/4/4a/Lei12-93.pdf>.

Macário, F. (Maio de 2014). SPT no teatro da transplantação- umas vezes chamada ao palco, outras esquecida nos bastidores. *Transmissão Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação*, (2), p.3. Acedido em Março 25, 2015, em http://www.spt.pt/download/Transmissao_2_SPUB-20140514-201947.pdf.

Meleis, A. I. [et al] (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Setembro, 23 (1), p 12-28. Acedido em Março 20, 2015 em

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a7a3d7b5-7ca8-4d63-b53a-42c102417433%40sessionmgr4004&hid=4106>

Meleis, A. I. (2011) *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5ª edição) Lippincott Williams & Wilkins, Londres.

OMS (Novembro de 2009) Global glossary of terms and definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization. Genebra. Acedido em Abril 10, 2015 em <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf>

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República n.º 35-II-Série. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Maio 10 de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ruivo, M. A. [et al.] (2010) Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, (15), p.1-37.;

Quando por detrás de um beijo se esconde a agressão: romper a escalada da violência nas relações íntimas entre adolescentes. Contributos de e para a enfermagem

Ana Rita Valéria, Ana Sartóris*,
André Guerra*, Francisco Vaz***

Resumo

Assumir a violência no namoro adolescente como problema social de enorme relevância não é exagero, tanto pelos efeitos peculiares de fragilidade e desproteção nesta fase do ciclo vital, como pelo facto desta forma de abuso consubstanciar, não raras vezes, espiral progressiva de outras agressões e de crescente gravidade.

A investigação nacional e internacional, embora recente, revela já percentagens preocupantes de violência nas relações íntimas entre jovens, tornando urgente e premente a intervenção e evitamento da sua escalada, bem como a promoção de mecanismos de sensibilização e prevenção deste fenómeno na comunidade.

A prevalência de adolescentes que adota condutas violentas no âmbito das suas relações de intimidade é significativa e justifica a pertinência do presente artigo, que se propõe refletir sobre os contributos da enfermagem para pôr fim à desvalorização da gravidade da dimensão e do impacto que esta problemática assume no desenvolvimento dos adolescentes.

Palavras-chave: adolescência, enfermagem, prevenção, violência no namoro

Abstract

Taking teen dating violence as a social problem of enormous relevance is not an exaggeration, both by the peculiar effects of fragility and defenselessness that are present on this stage of the life cycle, including the fact that this form of abuse of ten validates in a progressive spiral of aggression and other of increasing severity.

National and international research, although recent, have revealed alarming percentages of violence in intimate relationships among youngsters, making it both vital and urgent to intervene and avoid its escalation, as well as mechanisms to promote awareness and prevention of this phenomenon in the community.

The prevalence of adolescents who adopt violent behavior within their intimate relationships is significant and justifies the relevance of this article, which aims to reflect on the contributions of nursing to stop the devaluation of the extent and severity of the impact that this problem assumes on the development of adolescents.

Key-words: adolescence, nursing, prevention, dating violence

* Estudantes do 12º CLE da ESS-IPS

**Professor Adjunto Convidado ESS-IPS; Enfermeiro Chefe Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Introdução

A violência no namoro tem vindo a ganhar notoriedade nas preocupações das sociedades atuais, tanto do ponto de vista concetual, como do ponto de vista da sua prevalência e seus efeitos nas vítimas e nos perpetradores. É hoje assente que a adoção de comportamentos agressivos no seio das relações íntimas entre jovens potencia agressões posteriores e, eventualmente, mais graves (CARIDADE & MACHADO, 2010), pelo que atuar especificamente sobre este tipo de abuso reveste-se da maior importância.

Até recentemente, o enfoque da violência relacional centrava-se no casal adulto (casados ou cuja vivência seja análoga àquela que é a dos casais unidos pelo matrimónio), dotando a violência levada a cabo em casais adolescentes de tema marginal e não tomado com seriedade. Porém, a evidência tem revelado que é nos primeiros relacionamentos que os padrões de abuso sobre o outro se constroem e se estabelecem os alicerces dos relacionamentos amorosos futuros (WEKERKLE & WOLFE, 1999; cit. por FERREIRA, 2011, p. 9; PAIVA & FIGUEIREDO, 2004; EHLERT, 2007; MATOS et. al., 2006; MARCUS, 2008), circunstância que impõe o foco da intervenção logo na adolescência, aos níveis sociais, educativos, políticos e de saúde. Face ao exposto, a abordagem desta temática no presente artigo parece ser tanto pertinente

quanto atual, e tem por base uma análise crítica de literatura e a práxis em enfermagem baseada na evidência para a reflexão sobre o contributo da enfermagem para romper a escalada de violência nas relações amorosas entre adolescentes e promover uma vivência relacional gratificante, mais serena, mais confiante e mais saudável.

Adolescência

A palavra adolescência advém do latim *adolescere* que tem como significado o crescimento, o desenvolvimento e o "tornar-se maior" (SÊCO, 1997). Situada entre a infância e a idade adulta, a adolescência inicia-se com as transformações da puberdade, aproximadamente aos 12 anos, e termina com a entrada na vida adulta, por volta dos 20 anos (MARTINS, 2005), embora o seu final ainda não esteja claramente definido e hoje se aponte para um término tardio e variável de indivíduo para indivíduo (SÊCO, 1997; PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2001; MARTINS, 2005).

Segundo CORDEIRO (1987), a desarmonia evolutiva, desencadeada pela puberdade, assume-se processo central da adolescência, pautado por um inevitável desfasamento entre o crescimento físico, rápido e espetacular, e o crescimento psicológico intenso, de evolução mais prolongada no tempo (RAMALHO, 2003).

Verdadeira fase de transição e construção de uma identidade, a adolescência caracteriza-se por diversas transformações de carácter físico (perda do corpo infantil), social e psíquico: maturação dos órgãos reprodutores e consequentes alterações corporais, emergência do pensamento formal, maior autonomia face aos pais, alargamento das relações sociais com os pares e alterações no relacionamento com o género oposto (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2001; ARCHANJO & ARCARO, 2003; MARTINS, 2005).

O caminho a percorrer pelo adolescente apresenta-se sinuoso, onde o sujeito se move "como uma espécie de malabarista à procura de um espaço de equilíbrio integrador" (ALEXANDRE, 1991; cit. por RAMALHO, 2003), um novo equilíbrio relacional caracterizado pela procura e asserção de uma maior autonomia afetiva (STRECHT, 2005). A adolescência constitui uma fase de ruturas, recapitulação e reformulação do passado e antecipação e projeção do futuro (MATOS, 1991; cit. por RAMALHO, 2003; ARCHANJO & ARCARO, 2003). As experiências precoces, quando vividas de modo securizante e gratificante, permitem adivinhar um adolescente preparado para fazer face às mudanças e transformações próprias deste período de desenvolvimento (RAMALHO, 2003).

Como forma de crescer, o adolescente recusa o espaço que o envolve, ataca o continente

parental e lança-se para fora do espaço familiar (DIAS, 1988). Perante tais transformações, o risco de perda de referências é evidente... perdido o espaço de segurança do passado e dos seus objetos idealizados, o sujeito adolescente parte em busca de novos lugares que sirvam de porto de abrigo (RAMALHO, 2003).

Durante este período, os indivíduos tendem a assumir um maior número, e maiores, comportamentos de risco com consequências ao nível da saúde física e psíquica (ARNETT, 1992; cit. por MARTINS, 2005, p.130; JESSOR, 1992; cit. por MARTINS, 2005, p.130).

Violência no namoro

A impetuosidade emocional e relacional que caracteriza a adolescência (MATOS, 1996) tornam os adolescentes particularmente suscetíveis à violência, idade aberta e vulnerável ao desvio (FERREIRA, 2000), dada a imaturidade das suas estruturas psíquicas para lidar com os conflitos relacionais (GILREATH, 2013).

É na adolescência que as primeiras relações amorosas têm lugar, os mitos sobre a intimidade e o romance são experienciados (JACKSON, CRAM & SEYMOUR, 2000) e as crenças e atitudes sobre os relacionamentos interpessoais são construídos (WOLFE & FEIRING, cit. por EHLERT, 2007, p. 6), incluindo o abuso de poder (EHLERT, 2007). É com base nestas experiências que se apreendem os

padrões inter-relacionais, servindo de base para os relacionamentos românticos futuros (WEKERKLE & WOLFE, 1999; cit. por FERREIRA, 2011, p. 9; EHLERT, 2007).

Compreende-se, assim, que é também na adolescência que os primeiros padrões de violência no seio das relações íntimas surgem (CARIDADE & MACHADO, 2006) e é no namoro que estes se revelam recíprocos, ou seja, interativos ao invés de unidirecionais, em que ambos os revelam padrões de violência (PAIVA & FIGUEIREDO, 2004; MATOS et. al., 2006; EHLERT, 2007; MARCUS, 2008).

A violência nos relacionamentos íntimos entre os adolescentes é atualmente reconhecida como um continuum de abuso, desde a afronta verbal ao homicídio, em que os indivíduos experimentam um conjunto muito variado de formas de violência (física, emocional e, sexual) e que tende a aumentar, de frequência e gravidade, ao longo do tempo (CARIDADE & MACHADO, 2006), constituindo-se importante preditor da violência conjugal (MATOS, 2000; cit. por FERREIRA, 2011, p. 10; CARIDADE & MACHADO, 2006).

A violência no namoro não é um fenómeno recente, porém o primeiro estudo sobre esta matéria data de 1981 (PAIVA & FIGUEIREDO, 2003; FERREIRA, 2011), ao passo que em Portugal a primeira investigação sobre a violência no namoro foi publicada por Machado, Matos & Moreira, em 2003

(CRISTÓVÃO, 2012). Hoje, sabe-se que os comportamentos violentos no seio das relações íntimas entre jovens começam no equivalente ao ensino secundário ou mesmo no início da adolescência (CANO et al., 1998; cit. por FERREIRA, 2011, p. 5; CARIDADE & MACHADO, 2006).

Relativamente ao tipo de violência perpetrado ou sofrido, a investigação sugere que a violência emocional ou psicológica é a mais comum, seguida da violência física e, por fim, da violência sexual (PAIVA & FIGUEIREDO, 2004; CARIDADE & MACHADO, 2006; TETEN et al., 2009; FERREIRA, 2011; CRISTÓVÃO, 2012).

Especificamente sobre a violência sexual, JACKSON et al. (2000) verificou que 77% das adolescentes do ensino secundário já tinham experimentado alguma forma de abuso sexual nos seus relacionamentos íntimos. SERQUINA-RAMIRO (2005), numa amostra filipina, averiguou que 64% dos adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, tinham praticado ou experimentado algum tipo de pressão ou coerção sexual nos seus relacionamentos.

Em Portugal, os estudos têm demonstrado o quão frequentes são os comportamentos violentos no namoro juvenil, quer como eventos experienciados na primeira pessoa, quer como relativamente a pessoas no seu grupo de pares (CARIDADE & MACHADO, 2006; MATOS et. al., 2006; CARIDADE & MACHADO, 2010; FERREIRA, 2011; CRISTÓVÃO, 2012). Tal

como noutros países, a elevada percentagem de comportamentos abusivos nas relações íntimas por parte da díade tem sido notada pelos investigadores (FERREIRA, 2011; CRISTÓVÃO, 2012), sendo tendencialmente recíproca, onde vítima e perpetrador se confundem (PAIVA & FIGUEIREDO, 2004; MATOS et al., 2006; EHLERT, 2007; TETEN et al., 2009; FERREIRA, 2011).

A literatura aponta para as dificuldades dos adolescentes na identificação de um comportamento abusivo, sendo muito diversas as perceções sobre o conceito de abuso e o que consubstancia, de facto, uma situação abusiva (LEVY, 1990; cit. por EHLERT, 2007, p. 12; CALLAHAN et al., 2003; cit. por FERREIRA, 2011, p. 43). Na génese, parecem estar fatores como a inexperiência, desejo de independência, perceções erróneas sobre controlo e ciúme, romantismo e insegurança (LEVY, 1990; cit. por EHLERT, 2007, p. 13; CALLAHAN et al., 2003; cit. por FERREIRA, 2011, p. 9). A iliteracia sobre esta matéria leva a que os adolescentes "tolerem" a violência no namoro (ROCHA et al., 2013) e confundam controlo e ciúme com amor (CATE et al., 1982; cit. por FERREIRA, 2011, p. 10; HENTON et al., 1983; cit. por FERREIRA, 2011, p. 10; WOLFE, WEKERLE & SCOTT, 1997; CARIDADE, MACHADO & VAZ, 2007).

Foi na década de 90 que surgiram, em Portugal, os primeiros programas de preparação e referenciação quanto à violência nas relações amorosas entre jovens, havendo, hoje,

diferentes programas desenvolvidos, atualizados e em contínua expansão (MATOS et al., 2006), revelando uma sociedade mais consciente e sensibilizada para esta matéria.

Num estudo realizado no âmbito do Projeto Mudanças com Arte da União de Mulheres Alternativa e Resposta, com 885 alunos de escolas de Braga e Porto, mais de metade dos adolescentes acha normal proibir a/o namorada/o de vestir determinadas peças de roupa ou limitar o círculo de amizades do outro, 25% dos rapazes e 13,3% das raparigas considera legítimo humilhar a/o namorada/o e 15,65% dos rapazes e 5 % das raparigas considera normal ameaçar a/o namorada/o (COELHO, 2013). Estes resultados demonstram que a banalização da pequena violência no seio das relações íntimas, já referenciada em estudos como o de CARIDADE, MACHADO & VAZ (2007), continua a ser um dos problemas encontrados na população juvenil.

Violência e saúde: que consequências?

A violência no namoro faz perigar a saúde física e mental, afetando, concomitantemente, o bem-estar dos adolescentes e a sua qualidade de vida (CALLAHAN et al., 2003; cit. por FERREIRA, 2011, p. 18; TETEN et al., 2009; FERREIRA, 2011), cujos efeitos emergem a curto e a longo prazo.

A curto prazo, a vítima de violência pode referenciar cefaleias, insónias, problemas

gastrointestinais e dor pélvica, bem como experienciar sensação de mal-estar, medo e raiva (HENTON et al., 1983; cit. por FERREIRA, 2011, p. 18; EMERY et al., 1987; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; KOSS, 1993; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; KILPATRICK et al., 1998; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175) , isolando-se social e emocionalmente. Em casos extremos, podem surgir fraturas ósseas e concussões vaginais (KURZ, 1997; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175).

A longo prazo, os efeitos da violência englobam perturbações no âmbito da regulação emocional, sentimentos de tristeza e desânimo, ansiedade, depressão, diminuição da autoestima, abatimento do autoconceito, sintomas dissociativos, sintomatologia de stress pós-traumático, hipervigilância aos sinais de controlo (KOSS, 1993; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; LLOYD & EMERY, 1993; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; SHAPIRO & SCHWARZ, 1997; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; RUSH, 2000; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; ACKARD & NEUMARK-SZTAINER, 2002; cit. por TETEN et al., 2009, p. 924; HOWARD & WANG, 2003; FERREIRA, 2011), entre outros.

Na sequência da espiral recessiva do seu bem-estar, físico e psicológico, a/o adolescente vítima de violência pode vir a adotar comportamentos aditivos (álcool, tabaco e substâncias ilícitas), heteroagressivos e/ou de

absentismo, ter insucesso escolar, ou mesmo tentar ou cometer suicídio (KOSS, 1993; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; SHAPIRO & SCHWARZ, 1997; cit. por PAIVA & FIGUEIREDO, 2003, p. 175; HOWARD & WANG, 2003; PAIVA & FIGUEIREDO, 2003; TETEN et al., 2009).

Os adolescentes demonstram relutância em abordar as suas experiências de violência nas relações íntimas (PAIVA & FIGUEIREDO, 2003; CARIDADE & MACHADO, 2006; FERREIRA, 2011), em parte pela sua inexperiência relacional e subsequente dificuldade de identificar determinados comportamentos como abusivos (EHLERT, 2007), como também pela vergonha associada à exposição da situação de abuso, o medo do julgamento ou o receio da confidencialidade da informação não ser mantida, preferindo mecanismos de ajuda informais (BOLDERO & FALLON, 1995; cit. por FERREIRA, 2011, p. 19; ASHLEY & FOSHEE, 2005; FERREIRA, 2011). Embora apenas 9% das vítimas de violência no namoro apresenta queixas à autoridade, segundo declarações a da investigadora Sónia Caridade à Agência Lusa (LUSA, 2013), os dados revelados pela Guarda Nacional Republicana assumem especial gravidade: "a violência entre namorados subiu 42,7 por cento", sendo que em 2012 tinham sido registados 227 crimes, mais 97 que no ano anterior, em que a maioria das situações reportadas envolve jovens até aos 25 anos de idade (CM, 2013).

Perante este cenário, quais os contributos da, e para a, enfermagem que podem ser erigidos no combate à violência nas relações de intimidade entre os jovens?

Contributos da e para a enfermagem

Quando comparada com a violência marital, a violência no namoro permanece escondida do olhar público e do discurso oficial educativo, social, político (MATOS et. al., 2006; CARIDADE & MACHADO, 2008) e de saúde. Considerando a adolescência um período fundamental para a aquisição de comportamentos de saúde (EHLERT, 2007), o enfermeiro pode desempenhar um papel central na prevenção e sensibilização para a vivência de relacionamentos abusivos e, conseqüentemente, na promoção da saúde dos adolescentes, tanto ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária.

Embora algumas das características sejam originalmente preconizadas para outros profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma relação de ajuda consubstancia um dos instrumentos básicos de enfermagem, pelo que se devem retirar de outras áreas científicas, e proceder às diversas adaptações contextuais, todas as estratégias e conhecimentos conducentes a uma prática de cuidados de excelência.

Para o estabelecimento de uma relação de confiança com o adolescente é essencial que o

enfermeiro manifeste flexibilidade e plasticidade para acompanhar a variabilidade do processo vital da adolescência, de intensas e frequentes alterações de factos e circunstâncias ambientais (KNOBEL, 1983; cit. por PATELLA, 2004). Para erigir uma aliança, importa falar a linguagem do adolescente (MATOS, 2000), pelo que o enfermeiro se deve inteirar dos interesses dos jovens no momento, conhecer, entre outros assuntos, as séries de televisão, os grupos/bandas de música, os jogos, as roupas, de modo a aproximar-se e conhecer o mundo do adolescente a quem as intervenções de enfermagem se dirigem. A relação do adolescente com o corpo, o vestuário e a música implica sempre "uma relação com um outro que se aprecia como objeto estético" (SALGUEIRO, 1990, p. 74).

Ao enfermeiro é exigido que tome em consideração todos os aspetos referentes à comunicação verbal e não-verbal para o conhecimento da pessoa e avaliação da conformidade entre estes aspetos, determinante para a formulação diagnóstica e, acima de tudo, para a construção de uma relação de ajuda, independentemente desta ser pontual, circunstancial ou experienciada durante um período alargado de tempo (LAZURE, 1994). Afinal, a capacidade de observação exigida à prática de enfermagem, exige ver, ouvir e sentir o que o Outro está a vivenciar (PHANEUF, 2001).

Apesar da crescente preocupação da sociedade relativamente à violência relacional, a impreparação dos diversos profissionais para lidar com esta circunstância não é de menosprezar, sendo de realçar as dificuldades em abordar o assunto com a vítima, ou com quem se suspeita ser vítima de abuso ou agressão, receando uma reação negativa por parte da pessoa (ÉVORA & CARDOSO, 2013).

Cabe ao enfermeiro conhecer (e dar a conhecer) os sinais de alerta de violência no namoro, como a presença de lesões físicas sem que para as quais seja apresentada explicação plausível, demonstração de medo na presença da/do namorada/o ou quando aquela/e é nomeada/o, desinteresse ou recusa em desenvolver atividades anteriormente desenvolvidas com prazer, redução do rendimento escolar, absentismo escolar, fugas da escola ou de casa e evitamento de conversas sobre a/o namorada/o (APAV, 2012). Estar desperto para sintomas internalizadores (e.g. ansiedade, depressão ou isolamento), reduzida disponibilidade afetiva e rede social empobrecida, a par de problemas de externalização (e.g. consumos aditivos, heteroagressividade) está ao alcance da enfermagem e pode escrever um ponto de viragem na vida do adolescente (MONTEIRO et al., 2011).

Na intervenção preventiva da violência no namoro parece substancial a desconstrução das

crenças tolerantes acerca da violência das relações de intimidade, a sensibilização para o respeito pela diferença e para a violência não-marital, o aumento do conhecimento sobre o fenómeno da violência no seio dos relacionamentos íntimos, bem como a transmissão de atitudes, princípios e valores saudáveis conducentes à capacitação dos adolescentes para a construção de relações afetivas inscritas na paz e no respeito por si e pelos outros (MATOS et al., 2006; UMAR, s.d.). Empoderar os adolescentes com informação é ajudá-los a identificar e recusar relações de intrusão e sem representação emocional e afetiva, é tornar muito claro que quem gosta verdadeiramente não abusa.

Os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de violência nas relações íntimas devem ser pensados e prestados com especial cuidado, para que a pessoa se sinta segura, ouvida e acolhida, pelo que a demonstração de respeito, sensibilidade e empatia pela situação vivida se revestem de enorme centralidade (FERRAZ et al., 2009). Esta matéria assume especial relevância quando a vítima é ainda adolescente, em processo de construção de identidade cujo episódio de violência pode corromper.

Quando uma situação de violência conjugal é denunciada, a principal preocupação é a de levar o perpetrador do crime à justiça, numa quase delegação para segundo plano da vítima, assim que solvidos os danos físicos sofridos

(FERRAZ et al., 2009). Porém, é crucial colocar a pessoa em primeiro plano, em todas as medidas, onde o enfermeiro pode assumir um papel primordial e escrever a diferença no cuidar. Cabe ao enfermeiro tomar a iniciativa e demonstrar preocupação por todas as dimensões que caracterizam a pessoa, num olhar holístico e integrador da subjetividade intrínseca do ser humano, construindo uma relação empática e terapêutica que permita assistir a vítima adolescente a (r)estabelecer-se após o abuso, no sentido da promoção do seu ajustamento pessoal à situação atípica no seu percurso individual que o episódio da violência no namoro juvenil consubstancia. É através da relação de ajuda que o enfermeiro dá ao adolescente a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir sobre a sua mudança (LAZURE, 1994).

Por outro lado, como membro de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro pode colocar à disposição do adolescente os recursos existentes na comunidade de apoio à vítima de violência relacional, área que implica elevado nível de interdisciplinaridade e cooperação entre entidades, e que vão desde a saúde à segurança e justiça, passando pela proteção às crianças e jovens, sem esquecer a proteção e integração social (EMCVD, 2006).

Nos casos em que é possível, cabe ao enfermeiro realizar diagnósticos de enfermagem e acompanhar todo o processo de

recuperação da vítima adolescente, tanto a nível físico, como a nível psicológico, de que o enfermeiro de família nas Unidades de Saúde Familiar é exemplo. Uma das alterações significativas que devem ser monitorizadas refere-se peso corporal, podendo haver perda ou ganho (ÉVORA & CARDOSO, 2013), alterações que surgem como espelho externo das consequências psíquicas já acima descritas.

As consultas de planeamento familiar surgem como o momento evidente para a abordagem das matérias relacionadas com a afetividade e a vivência emocional, recusando reduzir os ensinamentos sobre a sexualidade ao modelo fisiológico e integrar o domínio dos afetos. Porém a realização de sessões de educação para a saúde no seio escolar e nos meios onde os jovens se encontram, sugerem novos espaços de intervenção e de elevado potencial, sem esquecer o importante papel das Unidades de Cuidados na Comunidade e dos Gabinetes de Atendimento a Adolescentes. É no âmbito da responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade, aliás descrita como dever no artigo 80º do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), que estas intervenções também se incluem. Contudo, a responsabilidade "para com a justiça social, os direitos humanos, o acesso equitativo aos bens e serviços, o envolvimento em projetos comunitários e humanitários" (ZOBOLI, 2011) vai além da responsabilidade profissional, ela é,

também, e sobretudo, responsabilidade de cidadania.

Considerações finais

Em Portugal, não obstante alguns desenvolvimentos, o campo da prevenção permanece parente pobre da intervenção em saúde. A prevenção da violência nas relações íntimas deve iniciar-se o mais cedo possível e nela cabem todos os agentes que estão envolvidos com a população juvenil, desde os pais, professores, profissionais não docentes das escolas, profissionais de saúde, forças de segurança, associações e comunidades locais, sem esquecer os próprios adolescentes.

A urgência de inversão do atual panorama atitudinal face à violência no namoro exige atuações concertadas, pois somente mediante a concertação de meios, áreas e intervenções será possível combater este flagelo (MATOS et al., 2006, p. 92), que configura uma evidente violação dos direitos humanos.

O presente artigo procurou elencar alguns contributos de e para a enfermagem no rompimento da escalada de violência induzida pela violência no seio das relações de namoro entre jovens, salientando a importância da ilegitimidade de um ato abusivo ou de agressão, da rejeição da banalização da pequena violência e da desmistificação de crenças sobre poder e controlo nas relações de intimidade.

É responsabilidade do enfermeiro, profissional de saúde e cidadão, clarificar os adolescentes

sobre a vivência relacional, esclarecendo que esta implica liberdade, autonomia, confiança e gratificação, e não deixando margem para dúvidas de que a agressão não é mais do que um ato de desamor. Assim, aos adolescentes não é despiciente vincar que o amor não se esconde atrás do abuso. "Porque, afinal, o que importa para esses adolescentes, como para todos os adultos, é descobrir o lugar do amor." (STRECHT, 2005, p. 102).

Referências Bibliográficas

CARIDADE, Sónia; MACHADO, Carla & VAZ, Filipa – Violência no namoro: estudo exploratório em jovens estudantes. *Psychologica*, 36, p. 75-107. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2007.

CARIDADE, Sónia & MACHADO, Carla – Violência na intimidade juvenil: prevalência, factores de risco e atitudes. In MACHADO, Carla (coord) - *Novas formas de vitimação criminal*, p. 13-59. Braga: Psiquilibrios Edições, 2010. ISBN 978-989-8333-04-9.

CORDEIRO, José Carlos Dias – Normalidade / psicopatologia na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 5, p. 31-42. Porto: Edições Afrontamento, 1987. ISSN 0873-9129.

DIAS, Carlos Amaral – Para uma psicanálise da relação. Porto: Edições Afrontamento, 1988.

FERREIRA, Teresa – Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância. Lisboa: Assírio & Alvim, 2000. ISBN 972-37-0699-7.

LAZURE, Hélène - Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem. Lisboa: LUSODIDACTA - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda., 1994. ISBN 972-95399-5-2.

MATOS, Manuel – *Adolescer e delinquir. Análise Psicológica*, XVI (1), p. 23-29. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1996. ISSN 0870-8231.

PAPALIA, Diane E., OLDS, Sally Wendkos & FELDMAN, Ruth Duskin – *O mundo da criança*. Lisboa: McGrawHill, 2001. ISBN 972-773-069-8.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2005. ISBN 972-8383-84-3.

RAMALHO, José Pereirinha – *Adolescência, autonomia e identidade*. In *Desenvolvimento da autonomia e da identidade nos jovens portugueses com experiência migratória*, p. 19-122. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2003. ISBN 972-31-1049-0.

SALGUEIRO, Emílio-Eduardo Guerra – *Breves reflexões sobre o narcisismo e o objecto estético na adolescência*. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 8, p. 71-75. Porto: Edições Afrontamento, 1990. ISSN 0873-9129.

SÊCO, João – *Chamados pelo nome: da importância da afetividade na educação da adolescência*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 1997. ISBN 972-8353-27-8.

STRECHT, Pedro – *Vontade de ser: textos sobre a adolescência*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2005. ISBN 972-37-0993-7.

Referências Eletrónicas

ASHLEY, Olivia Siber & FOSHEE, Vangie A. – *Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help*. Deerfield: Society for Adolescent Medicine [Em linha] *Journal of Adolescent Health*, 36, p. 25-31, 2005 [Consultado a 10/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://146.186.107.82/Portals/69/Lit%20Review/Under-served%20Pops/Ashley%20and%20Foshee_Adolescent%20Help-Seeking%20for%20Dating%20Violence_2005.pdf>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV) – *Sinais de alerta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [Em linha] 2012 [Consultado a 10/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/violencia-contra-criancas-e-jovens/sinais-de-alerta>.

ARCHANJO, Auryana Maria & ARCARO, Nicolau Tadeu – *Estudo de caso de um adolescente atendido em psicoterapia com enfoque fenomenológico*. São Paulo: Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie [Em linha] *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 4 (1), p. 77-91, 2003 [Consultado a 22/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/4/Estudo_de_caso_de_um_adolescente_atendido_em_psicoterapia.pdf>.

CARIDADE, Sónia & MATOS, Carla – *Violência na intimidade juvenil: da vitimação à perpetração*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Em linha] *Análise Psicológica*, 24 (4), p. 485-493 [Consultado a 25/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n4/v24n4a04.pdf>>.

CARIDADE, Sónia & MATOS, Carla – *Violência sexual no namoro: relevância da prevenção*. Coimbra: Edições Colibri [Em linha] *Psicologia*, XXII (1), p. 77-104, 2008 [Consultado a 23/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v22n1/v22n1a04.pdf>>.

COELHO, Rute – *Maioria dos jovens acha normal a violência no namoro*. Lisboa: *Diário de Notícias* [Em linha] 21 de Maio de 2013 [Consultado a 27/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3230117>.

CORREIO DA MANHÃ (CM) – Violência entre namorados sobe 42,7%. Lisboa: Correio da Manhã [Em linha] 21 de Fevereiro de 2013 [Consultado a 02/NOV/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/portugal/violencia-entre-namorados-sobe-427>>.

CRISTÓVÃO, Catarina Morgado – Quanto mais me bates mais gosto de ti: um estudo exploratório sobre a violência no namoro. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário [Em linha] Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos conducentes ao grau de Mestre em Psicologia na especialidade de Psicologia Clínica, 2012 [Consultado a 9/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2161/1/15268.pdf>>.

EHLERT, Cathy – Adolescent dating violence: a review of literature on development, prevalence, perceptions, help seeking and prevention programs. Menomonie: University of Wisconsin-Stout [Em linha] Paper submetido como parte dos requisitos para a aquisição do grau de Mestre em Educação, Orientação e Aconselhamento, 2007 [Consultado a 22/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2007/2007ehlertc.pdf>>.

ESTRUTURA DE MISSÃO CONTRA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (EMCVD) – Guia de recursos na área da violência doméstica. Lisboa: Estrutura de Missão Contra a Violência Doméstica [Em linha] 2006 [Consultado a 27/OUT/2012] Disponível em WWW: <URL: <http://www.umarfeminismos.org/images/stories/pdf/GuiaRecursosCompleto.pdf>>.

ÉVORA, Alcinda & CARDOSO, Lucialina – A assistência de enfermagem à vítima de violência doméstica em São Vicente. Mindelo: Escola Superior de Saúde da Universidade do Mindelo [Em linha] Trabalho apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, 2013 [Consultado

a 28/OUT/2013] Disponível em WWW: <<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2575/1/%C3%89vora%20e%20Cardoso%202013.%20A%20assist%C3%Aancia%20de%20enfermagem%20a%20v%C3%Aadima%20de%20viol%C3%Aancia%20dom%C3%A9stica.pdf>>.

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. – O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Curitiba: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná [Em linha] Cogitare Enfermagem, 4 (4), p. 755-759, 2009 [Consultado a 26/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n4/a22v14n4.pdf>>.

FERREIRA, Maria João da Silva – A violência no namoro: estudo exploratório de caracterização das reações dos adolescentes face à violência. Braga: Escola de Psicologia da Universidade do Minho [Em linha] Dissertação de mestrado conducente ao grau de Mestre em Psicologia, área de conhecimento em Psicologia da Justiça, 2011 [Consultado a 05/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18651/1/Maria%20Jo%C3%A3o%20da%20Silva%20Ferreira.pdf>>.

GILREATH, Alycia – Evidence-based care sheet: dating violence in adolescence. Glendale: Cinahl Information Systems. [Em linha] 2013 [Consultado a 28/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?sid=766c6ac1-2f00-4a41-aff5-e1e6b50b7e16%40sessionmgr111&vid=5&hid=118>>.

HOWARD, Donna E. & WANG, Min Qi – Risk profiles of adolescent girls who were victims of dating violence [Em linha] Adolescence, 38 (149), p. 1-14, 2003 [Consultado a 06/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=98d24f26-9a25-40ab-acb7->

b1d98367925a%40sessionmgr112&vid=1&hid=123>.

JACKSON, Susan M., CRAM, Fiona & SEYMOUR, Fred W. – Violence and sexual coercion in high school students' dating relationships. [Em linha] Journal of Family Violence, 15 (1), p. 23-36, 2000. [Consultado a 19/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=4b022c7e-ddf6-4acb-bd51-26144821eb2b%40sessionmgr115&hid=123>>.

LUSA – Violência no namoro: são poucos os jovens que apresentam queixa. [Em linha] 13 de Fevereiro de 2013 [Consultado a 02/NOV/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://p3.publico.pt/actualidade/sociedade/6639/violencia-no-namoro-sao-poucos-os-jovens-que-apresentam-queixa>>.

MARCUS, Robert F. – Fight-Seeking Motivation in Dating Partners With an Aggressive Relationship. Philadelphia: Heldref Publications [Em linha] Journal of Social Psychology, 148 (3), p. 261-276, 2008 [Consultado a 26/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.pupillbay.com/homework_data/pb100929-1.pdf>.

MARTINS, Maria José D. – Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada [Em linha] Análise Psicológica, XXIII (2), p. 129-135, 2005 [Consultado a 5/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a05.pdf>>.

MATOS, Marlene et al. – Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie [Em linha] Revista Psicologia: Teoria e Prática, 8 (1), p. 55-75, 2006. [Consultado a 30/OUT/2013] Disponível em WWW: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1018/735>>.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles et al – Perceção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro [Em linha] Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 15 (2), p. 323-330, 2011 [Consultado a 31/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a15.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Em linha] 2012 [Consultado a 31/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf>.

PAIVA, Carla & FIGUEIREDO, Bárbara – Abuso no relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. [Em linha] Psicologia, Saúde & Doenças, 4 (2), p. 165-184, 2003 [Consultado a 29/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a01.pdf>>.

PAIVA, Carla & FIGUEIREDO, Bárbara – Abuso no relacionamento íntimo : estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra [Em linha] Psychologica, 36, p. 75-107, 2004 [Consultado a 28/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4211/1/Abuso%20no%20relacionamento%20%282004%29.pdf>>.

PATELLA, Luciana – A contratransferência na análise de crianças e adolescentes: uma via de acesso ao inconsciente. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro [Em linha] Dissertação de Mestrado apresentada como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, 2004 [Consultado a 3/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://teses.ufrrj.br/ip_m/lucianapatella.pdf>.

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha et al. – Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade no Algarve. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [Em linha] Revista de Enfermagem Referência, III série (9), p. 85-93, 2013 [Consultado a 23/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a09.pdf>>.

SERQUINA-RAMIRO, Laurie – Physical Intimacy and Sexual Coercion Among Adolescent Intimate Partners in the Philippines [Em linha] Journal of Adolescent Research, 20 (4), p. 476-496, 2005 [Consultado a 23/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.bgu.edu/SiteMedia/_courses/reading/AdolescentSexPhilippines.pdf>.

TETEN, Andra L. et al. – Considerations for the Definition, Measurement, Consequences, and Prevention of Dating Violence: Victimization among Adolescent Girls. New York: Mary Ann Liebert, Inc., publishers [Em linha] Journal of Women's Health, 18 (7), p. 923-927, 2009 [Consultado a 25/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.ncdsv.org/images/JWH_ConsiderationsForTheDefDatingVio_2009.pdf>.

UNIÃO DE MULHERES ALTERNATIVA E RESPOSTA (UMAR) – Projeto Mudanças com

Arte. Lisboa: União de Mulheres Alternativa e Resposta [Em linha] s.d. [Consultado a 31/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: <http://www.umarfeminismos.org/index.php/mudancas-com-arte>>.

WOLFE, David A.; WEKERLE, Christine, & SCOTT, Katreena – Alternatives to violence. Empowering youth to develop healthy relationships. London: Sage Publications [Em linha] 1997 [Consultado a 2/NOV/2013] Disponível em WWW: <URL: http://books.google.com/books?id=gl7KqL_CiU4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

ZOBOLI, Elma – Responsabilidade para com a comunidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [Em linha] Ordem dos Enfermeiros, 37, 2011 [Consultado a 31/OUT/2013] Disponível em WWW: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe37_net.pdf>.

A Infância como Construção Social: O Papel do Enfermeiro na Criança em Risco

*Aissatu Candé¹; Ana Margarida Martin²;
Rúben Galheto²; Francisco Vaz⁴*

RESUMO

No presente artigo de revisão bibliográfica, cujo tema principal é Infância Como Construção Social, o grupo de estudantes de Licenciatura em Enfermagem procura clarificar alguns conceitos com base na literatura encontrada. Tendo em conta a abrangência do tema, o grupo considerou pertinente focalizar numa temática específica: Crianças em Risco/Perigo. Inicialmente, abordamos o conceito de infância e a sua história ao longo dos séculos (desde a Idade Média até ao Século

XXI) com o intuito de compreender a evolução do papel da mesma inserida numa sociedade. Seguidamente, introduzimos a temática da Criança em Risco/Perigo e, logicamente identificamos os fatores de risco. Estes podem surgir em várias dimensões: criança, família e sociedade. Deste modo, tendo em conta o nosso foco de atenção, clarificamos a importância do Enfermeiro como profissional de saúde na prevenção e promoção da qualidade de vida das crianças/jovens em Risco/Perigo.

Palavras-chave: Infância; criança; fatores de risco; família; sociologia; papel do enfermeiro

ABSTRACT

In the present article, a bibliographic review, whose main theme is Childhood As Social Construction, the group of students of Degree in Nursing seeks to clarify some concepts based on the literature found. Given the breadth of the topic, the group felt that was relevant to focus on a specific theme: Children at Risk / Hazard. Initially, we address the concept of childhood and its history over the centuries (from the Middle Ages to the Twenty-First Century) in order to understand the evolution of their role in society. Subsequently, introduce the theme of the Child at Risk / Hazard and logically identified risk factors. These can occur in several dimensions: child, family and society. Thereby, given the focus of our attention, we clarify the importance of the nurse as a health professional in the prevention and promoting quality of life of children / youth at Risk/Hazard.

Key-words: Childhood; Child; Risk; Risk Factors; Family; Sociology, Nurse's role

* Estudantes do 12º CLE da ESS-IPS

**Professor Adjunto Convidado ESS-IPS; Enfermeiro Chefe Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

NOTA INTRODUTÓRIA

Todo o ser humano tem que atravessar a fase da infância antes de se tornar num sujeito autónomo, consciente dos seus direitos. É nessa fase que deverão ser criadas as primeiras sementes, quer de amor, quer de valores, fundamentais a um crescimento saudável e harmonioso de qualquer sujeito (RAMOS, 2008).

A palavra infância, primeiro período da vida humana, os primeiros anos, provém do latim *infantia*, que significa “incapacidade de falar”. Por outro lado, a palavra infante, do latim *infante*, significa “aquele que não é capaz de falar, sem eloquência, muito criança” (MACHADO, 1997, p. 291 citado por REIS, 2009).

Torna-se importante ainda intuir a origem do conceito “criança”, que surge do latim *créare* o que quer dizer “criar, engendrar, procriar, produzir, dar à luz, escolher, nomear” (MACHADO, 1997, p. 251 citado por REIS, 2009) e que segundo a UNICEF (1989) se define como “todo o ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo”. A criança quando chega ao mundo, já faz parte de uma família e já foi influenciada por inúmeros fatores como hereditariedade, genética e ambiente. Esta vive, aprende e cresce num ambiente influenciado por fatores sempre mutáveis de ordem social, cultural, espiritual e comunitária (KYLE, 2011). A

inter-relação destes fatores gera uma situação ímpar em cada criança que pode provocar uma mudança, que sendo necessária e útil, implica sempre um risco, pois ela contempla inevitavelmente um período de alguma incerteza e fragilidade. Fragilidade essa que, segundo AJURIAGUERRA e MARCELLI (1991), será tanto maior quanto mais forem múltiplos os parâmetros que regulam ou desregulam essa mudança (KYLE, 2011; REIS, 2009).

A noção do risco na infância tem vindo a ganhar relevo e continua a ser uma realidade factual nas sociedades contemporâneas (SANTOS, 2012). Note-se que colocando a infância em risco e não garantindo as necessidades das crianças, podemos estar a pôr em causa a espécie humana e concomitantemente o futuro do nosso mundo (RAMOS, 2008). O Enfermeiro assume um papel bastante importante neste processo, uma vez que a Enfermagem identifica-se como uma profissão autónoma, com conhecimento próprio dos problemas de saúde e dos processos de vida, assim como transições vividas pelo indivíduo, famílias e grupos ao longo do seu ciclo vital (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007 citada por FLORINDO, 2010).

A Infância ao Longo dos Séculos

Atualmente as crianças fazem parte de um grupo que é caracterizado como frágil e vulnerável que necessita de proteção particular.

Porém, nem sempre a criança foi considerada como tal. Num passado não muito distante, existiam dificuldades por parte da sociedade e da cultura em concebê-la como pessoa, estando por vezes impedida de usufruir de direitos e sujeita a submeter-se ao poder da sua família (SOTTOMAYOR, 2003 citado por RAMOS, 2008). Não possuindo quaisquer direitos, a criança, era considerada como pertencente ao mundo animal, sendo que, por vezes, se recorria aos direitos dos animais para sua proteção (MÓNACO, 2004 citado por RAMOS, 2008). Desta forma, pode-se concluir que, na Idade Média, o conceito de infância estava pouco especificado, pelo que as crianças não possuíam qualquer estatuto, sendo consideradas como adultos pequenos (ASSIS, 2003 cit. por RAMOS, 2008). Sinais de tal desconsideração estavam presentes nas obras dos pintores, que as desenham com corpos pequenos e com caras de homens, demonstrando a sua utilização para mão-de-obra adulta (SOTTOMAYOR, 2003 citado por RAMOS, 2008). No Século XII: “(...) a arte medieval desconhecia ou não retratava a infância, não existia nenhum sentimento diferenciado do ser criança. Ela era tratada sem distinção do mundo adulto, sendo representadas em obras de arte como um homem ou mulher em miniatura” (ARIÈS, 1981 citado por COSTA, 2000). Por outro lado no Século XIII: “(...) O tratamento dado às crianças e às concepções relacionadas à infância estão

intimamente ligados às práticas e hábitos culturais da sociedade ao longo da história. Por volta do século XIII, a criança era pública e considerada como a parte da família que garantia sua continuidade. Na hora do nascimento, apesar de o parto acontecer em casa, local privado, este era assistido por várias mulheres das proximidades, o que o tornava um ato público. Quando a criança começava a caminhar, devia dar seus primeiros passos em um local público, preferencialmente onde repousassem seus ancestrais.

Esse ritual, da mesma forma que o batizado, deveria ser assistido por outros, pois garantia aos pais a prova da continuidade da família” (COSTA, 2000). Foi no final do século XVI que começou a existir uma mudança no que respeita à criança, pois começou-se a concepcionar de forma diferenciada em relação à sua vida e corpo. Desta forma, o Homem começou a demonstrar mais preocupação com a preservação da vida da criança, bem como o tratamento e a cura para as suas doenças. Foi então no século XVII que a criança começou a receber mais atenção e mais preocupação por parte dos seus pais, desfrutando de um espaço mais privado e íntimo (GÉLIS, 1991 citado por COSTA, 2000). Contudo, foram surgindo críticas por parte dos moralistas, no que respeita às relações estabelecidas entre pais e filhos. Desta forma, formaram-se duas posições distintas: uma que vê a criança como ser ingénuo que

necessita de mimos e outra que a vê em fase de crescimento, necessitando assim de moralização e educação (ARIÈS, 1981 citado por COSTA, 2000). Foi então que no Século XVIII a criança começou a ser vista de uma perspectiva diferente. A criança começou a ser criada como um sujeito que merece afeto e segurança. Com isto, surge então, no século XIX, o conceito de criança merecedora de direito (RAMOS, 2008). Foi neste século, que se começou, a refletir sobre a criança como um ser que possui necessidades específicas, devido à sua fragilidade e desproteção, contrariando assim a sua visão como um adulto que tem direitos a prestar em relação ao trabalho ou então a sua utilização como escrava pelos próprios progenitores (DEMAUSE, 1982 citado por RAMOS, 2008). Assim sendo, foi necessária a intervenção do Estado no seio familiar, com o objetivo de assegurar alguma proteção à criança, controlando o poder parental e instaurando os deveres para com as crianças (RAMOS, 2008). No final do século XIX e início do século XX, começaram a emergir preocupações e estudos relativos à criança, pois esse período ficou marcado pelo progresso na ciência, o que resultou em diversas investigações. Desta forma, existem vários autores da época que pensaram a educação e a infância e que, posteriormente, contribuíram para as atuais concepções sobre o tema (COSTA, 2000). Desta forma, tratar a criança como

cidadão implica, automaticamente, o reconhecimento dos seus direitos proclamados em 1959 através da Declaração Universal dos Direitos da Criança, pela Organização das Nações Unidas, sendo então, pela primeira vez reconhecida legalmente, como um ser humano singular, com características específicas e com direitos próprios. Contudo, nem sempre estes direitos são entendidos, o que leva a uma desigualdade existente, que provoca altas taxas de mortalidade, frequência e permanência na escola, maus tratos, trabalho infantil, mortes por causas violentas, abusos sexuais e negligência (COSTA, 2000). Por fim, no século XXI, começaram a surgir novos olhares sobre a criança. Segundo Sônia Kramer (1996) a criança é um sujeito social, criadora de cultura, desveladora de contradições e com outro modo de ver a realidade (COSTA, 2000).

A Criança em Risco/Perigo

Quando se fala de uma criança ou jovem em « risco », na maioria das vezes os relatos de tais casos ou situações, trazem consigo uma enorme mistura de factos, de memórias, narrativas, discursos, sinais. As ocorrências na maior parte das vezes vêm carregadas de interpretações, num cruzamento de significações incertas e imprecisas, partindo da subjetividade de cada um, mais do que do facto objetivo (REIS, 2009). A criança em risco/perigo é um conceito bastante recente dado ter sido no século XIX

que surgiu a primeira publicação médica sobre o tema (RAMOS, 2008). Como foi dito anteriormente, na Antiguidade as crianças não usufruíam de qualquer proteção, sendo alvo de infanticídio, abandono, prostituição, mendicância, não existindo qualquer consciência que a infância era uma fase de vida com particularidades próprias (RAMOS, 2008). No entanto, existiram alguns defensores da noção de infância, como foi o caso de Platão, no século IV A.C que, mesmo tendo sido apologista do abandono dos inválidos e dos deficientes, alertou para o fato do castigo ser pouco favorável na educação (KEMPE E KEMPE, 1978; RADBILL, 1987; CANHA, 2003 citado por RAMOS, 2008). Jean Jacques Rousseau foi outro brilhante pioneiro na defesa da criança, reconhecendo na criança, autonomia e direitos próprios. Segundo este autor, a criança era considerada como um ser com capacidades múltiplas e digno de respeito (MAGALHÃES, 2005; AZEVEDO E MAIA, 2006 citado por RAMOS, 2008). A preocupação e o interesse propriamente dito da sociedade pela proteção infantil floresceu no Séc. XIX com o surgimento da convicção da necessidade de criarem melhores condições de vida à criança, na sequência das profundas alterações sociais que se faziam na época (RAMOS, 2008).

Foram os trabalhos de alguns pediatras anglo-saxónicos como Igraham (1944), Caffey (1946), Silverman (1953) e Kempe (1962) citados por

Ochotorena (1988) que contribuíram para uma importante corrente de investigadores e programas de proteção e prevenção de crianças em situações de risco, conduzindo na maioria dos países ocidentais, a uma progressiva tomada de consciência desta problemática por parte das nossas sociedades (REIS, 2009).

BECK em 1992 introduziu o termo “sociedade de risco” para descrever a dominância do discurso do risco da atual sociedade. Clarifica o autor que o fato de sabermos que vivemos numa sociedade de risco isso não implica que agora exista mais risco do que antes. O que acontece é que a preocupação com o “risco” e a sua gestão se tornou central para o nosso dia-a-dia (REIS, 2009). Em Portugal, a reforma legislativa do Direito de Menores realizada no final da década de 90 foi norteadada para uma nova política para a infância, a qual se circunscreveu na promoção e garantia do exercício efetivo dos direitos da criança, tendo por pilares a prevenção e a proteção. Esta reforma materializou-se na legislação sobre a Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº147/99 de 1 de Setembro) e na Tutelar Educativa (Lei nº166/99, de 14 de Setembro) (SANTOS, 2012). Deste modo, e visto termos definido temporalmente o início da consciencialização da proteção de criança, torna-se essencial definir o conceito de criança. A criança é “(...) todo o ser humano menor de dezoito anos, salvo se, nos termos da lei que lhe

for aplicável, atingir a maioria mais cedo.” (UNICEF, 1989). Esta definição contemplada na Convenção sobre os Direitos da Criança coincide com o conceito de menor, previsto no Código Civil Português no Artigo 122º “É menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade” (CÓDIGO CIVIL, 2010 citado por SANTOS, 2012). A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (1999) declara a criança ou jovem como “(...) a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos”. O conceito de risco está intimamente ligado à “criança”, uma vez que, como referimos anteriormente, esta experiencia um período repleto de incerteza e fragilidade (KYLE, 2011; REIS, 2009). O “risco” refere-se à probabilidade de ocorrências desfavoráveis num dado domínio ou conteúdo: individual ou coletivo, físico, psicológico ou social ou, mais especificamente em áreas concretas ou de aplicação: risco escolar, de doença mental, de acidentes, etc (MARTINS, 2004). Por outro lado é uma noção temporizada, que se reporta à possibilidade de uma ocorrência desfavorável futura, primária ou secundária a um risco anterior já atualizado (MARTINS, 2004). Podemos assim, criar uma associação entre estes dois conceitos e estabelecer “a criança em risco” como aquela que “(...) pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família está

sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer omissões e privações que comprometem a satisfação de necessidades básicas” (PENHA, 1996 citado por SANTOS, 2012). Note-se que existem diferentes fatores, enunciados por autores como “fatores de risco” que estão associados ao risco das crianças e jovens. A manutenção ou a agudização dos fatores de risco poderão, em determinadas circunstâncias, conduzir a situações de perigo, na ausência de fatores de proteção ou compensatórios (CNPCJR, 2013). Nem todas as situações de perigo decorrem, necessariamente de uma situação de risco prévia, podendo instalar perante uma situação de crise aguda como são os casos de morte, divórcio e separação. É esta diferenciação entre situações de risco e de perigo que determina os diferentes níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção (CNPCJR, 2013), que serão posteriormente abordados no artigo. Segundo a Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo (1999), existe um conjunto de situações que se enquadram no conceito de perigo: “estar abandonada ou viver entregue a si própria; sofrer maus tratos físicos ou psíquicos; ser vítima de abusos sexuais; não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos /inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; estar sujeita, de forma direta

ou indireta, a comportamentos que afetam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação estar abandonada”
Fatores de Risco

Para Fonseca (2004), “fator de risco”, designa todo e qualquer evento, situação, condição ou característica da criança ou do adolescente, que aumenta a probabilidade de ocorrência de outro fenómeno (REIS, 2009). O conceito de fator de risco pode potenciar ou provocar o surgimento de outro fenómeno, como por exemplo, viver num meio degradado pode aumentar a probabilidade de situações de risco (RAMOS, 2008). Assim, os fatores de risco antecedem os comportamentos ou problemas e estão correlacionados com eles. Existe a ideia de que suprimindo os fatores de risco, a probabilidade de ocorrerem os comportamentos se torna menor, o que faz com que entre estes dois fenómenos possa coexistir uma relação de causa-efeito (RAMOS, 2008).

Outro aspeto importante referente aos fatores de risco é o fato de existirem fatores que podem exercer um efeito direto ou indireto na vida das crianças. O efeito direto corresponde a uma forte probabilidade de um fator de risco preceder um problema ou um comportamento. O efeito indireto corresponde à relação entre

uma característica do indivíduo e o seu papel num futuro próximo, como nos indica o exemplo, a relação entre uma criança com problemas de comportamento grave e a probabilidade de desenvolver uma personalidade adulta desviante (FONSECA 2004 citado por RAMOS, 2008).

FONSECA (2004) citado por RAMOS (2008) refere ainda que associado ao conceito de fator de risco encontra-se ainda o conceito de vulnerabilidade. Segundo o autor este conceito traduz a susceptibilidade intrínseca ou psicossocial para um desenvolvimento problemático do indivíduo, isto é, à medida que o indivíduo enfrenta um maior número de fatores de risco, maior será a ocorrência de problemas emocionais ou comportamentais.

Hoje em dia são relativamente bem conhecidos os fatores de risco e podem ser caracterizados por (REIS, 2009): a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce e as separações precoces na criança (REIS, 2009); a separação parental, o desentendimento crónico, o alcoolismo, a toxicodependência, a doença crónica, em particular de um dos pais, o monoparentalismo e o falecimento na família (REIS, 2009) e a nível da sociedade, a miséria sócio-económica e a situação migrante (REIS, 2009).

Como nos refere RAMOS (2008) torna-se importante identificar estes fatores de modo a delinear estratégias de índole preventivas ou

interventivas, dado que só agindo sobre as causas é que se poderá suprimir ou diminuir as consequências das mesmas.

Consequências na sociedade

A ideia de que a infância é uma fase de vida despreocupada e feliz é realmente um mito para algumas crianças que são obrigadas durante o seu crescimento e enfrentar situações extremamente frustrantes, desgastantes para o seu equilíbrio emocional (RAMOS, 2008).

Quando falamos de crianças e jovens em risco somos obrigados a recorrer a estudos longitudinais desenvolvidos no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento que nos permita compreender, com relativa segurança, que tipo de consequências advém deste risco na fase da infância (RAMOS, 2008).

Saúde Física

As sequelas físicas originadas pelas situações de risco podem ser várias e podem apresentar-se sob a forma de cicatrizes, deformações ósseas ou danos neurológicos, especialmente a nível psicomotor, sensorial e de coordenação neuromotora (FARIÑA, SEIJO E NOVO, 2002 citado por RAMOS, 2008). Note-se que diferentes investigações apontam que situações de risco durante o desenvolvimento humano podem levar a alterações significativas dado que as estruturas ainda se encontram em

formação. Estas lesões afetam não só o equilíbrio neuroquímico bem como o desenvolvimento de estruturas essenciais para o funcionamento equilibrado (FORMOSINHO E ARAÚJO, 2002 citado por RAMOS, 2008).

Vinculação

A vinculação é uma das primeiras tarefas desenvolvimentais durante o primeiro ano de vida. O nascimento de uma criança pode suscitar comportamentos maternos/paternais saudáveis ou pelo contrário, bloquear outros. Quando a criança, na sua fase inicial da vida, não consegue estabelecer uma relação saudável com as suas figuras de referência, onde prevaleça a confiança e a segurança para crescer e acreditar nos outros, muito provavelmente as relações que irá posteriormente estabelecer irão refletir insegurança, medo e conflito interno (RAMOS, 2008).

Socialização

O estabelecimento das relações interpessoais surge após a criança atingir a sua autoconsciência (RAMOS, 2008). A criança deixa de estar concentrada nela própria e procura relacionar-se com os outros. A sua brincadeira passa a ser menos egocêntrica. Assim, uma criança exposta a situações de risco tem menor probabilidade de ter um adequado nível de socialização dado apresentar uma maior

predisposição para relações de vinculação inseguras ou desorganizadas e desenvolver percepções erradas de si (RAMOS, 2008).

Adaptação Escolar e Rendimento Acadêmico

O crescimento da criança traz consigo uma nova tarefa que é a integração no meio escolar e esta nova fase de vida implica que haja uma adaptação a tudo o que rodeia a escola. A adaptação escolar exige à criança rendimento acadêmico, o que se torna um difícil desafio para qualquer criança, principalmente quando são crianças em risco (PEDRO, 2005 citado por RAMOS, 2008). A criança vê-se condicionada com novas experiências de relações com os pares. Um dos desafios é ser aceite pelo grupo de referência que assume um papel fundamental na construção da personalidade de cada criança (RAMOS, 2008). Estar adaptado e integrado no meio escolar implica aceitar regras, compreender o outro e ter motivação para aprender a lidar com a frustração. A criança que não tenha estes requisitos muito provavelmente obterá insucesso escolar (RAMOS, 2008).

O Papel da Família

A definição de família é essencial para Enfermagem. Desde os anos de 1980 que foi promulgada uma definição mais ampla de família que foi além das determinações tradicionais de sangue, casamento e legais

(STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette, 2011). A família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro. Os membros da família auto definem-se (STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette, 2011). Nas sociedades antigas, ter filhos, muitos filhos se possível não era encarado como encargo senão nos períodos de fome. Em tempos normais, os filhos representavam uma segurança para a velhice dos pais, uma força de trabalho que, desde muito cedo, se explorava e mãos que poderiam empunhar armas em caso de vendetta familiar (SEGALEN, Martine, 1999). A riqueza de uma família no seio da hierarquia social local media-se pelo número dos seus filhos, garantia de longevidade da linhagem (SEGALEN, Martine, 1999). Na sociedade contemporânea, houve uma evolução e desenhou-se um modelo homogéneo, principalmente nos países ocidentais, o do casal que procria dois filhos (SEGALEN, Martine, 1999). Note-se que a procriação constitui a finalidade primeira do casamento, já que casamento e procriação se encontram dissociados, em contrapartida, os filhos menos numerosos, são ainda e sempre as personagens centrais da nossa sociedade (SEGALEN, Martine, 1999). A família assume um papel fundamental na sociedade dado ser um veículo privilegiado para promover uma relação afeituosa e de segurança, bem como, para a transmissão de

valores fundamentais para o desenvolvimento de uma personalidade com uma base real e saudável para o exercício consciente da autonomia (RAMOS, 2008). A família caracteriza-se como algo dinâmico, mutável internamente e em relação ao exterior (REIS, 2009). Apesar dos conflitos que possam existir no seio da família, esta é “única” e o seu papel é determinante no desenvolvimento da sociabilidade, de afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos (REIS, 2009).

Torna-se importante então definir as funções que são desempenhadas pela família: alcançar a sobrevivência financeira, a reprodução da espécie, proporcionar proteção contra forças hostis, disseminar a sua cultura, incluindo a religião, educa (socializa) os mais novos e confere o estatuto na sociedade (STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette, 2011). O Lar é por isso, o lugar adequado para um indivíduo se desenvolver integralmente podendo, ou não, beneficiar da atmosfera reinante no ambiente familiar (REIS, 2009). Para AMBRÓSIO (1992) citado por REIS (2009) a importância da família para o desenvolvimento equilibrado de qualquer criança ou jovem é inquestionável. A família deve ser vista pela criança como um meio capaz de garantir segurança plena e, sobretudo corresponder em tudo às exigências dos primeiros anos da vida (REIS, 2009). Na ausência da família ou, até mesmo, na presença de uma família desequilibrada ou disfuncional,

põe em causa o desenvolvimento integral da criança e poderá potenciar o aparecimento de condutas desviantes (REIS, 2009). Conscientes do papel importante que a família desempenha no desenvolvimento adequado das crianças e adolescentes no seio da sociedade, assim como na prevenção da delinquência, a generalidade dos estudiosos da matéria são hoje unânimes em considerar o mau funcionamento familiar como uma das principais causas dos distúrbios do comportamento como a violência na família ou a delinquência (FONSECA, 2002 citado por REIS, 2009). Isto é, não há crianças em perigo sem famílias em perigo (REIS, 2009).

O Enfermeiro assume um papel importante no cuidado às famílias centrando o seu cuidado em dois conceitos básicos, a capacitação e o empoderamento. O Enfermeiro capacita a família criando oportunidades para todos os membros da família revelarem suas aptidões e competências e adquirirem novas, necessárias para atender as necessidades da criança e da família. Por outro lado, o empoderamento ou “empowerment” que destaca a interação entre os profissionais e as famílias de tal modo que elas conservem ou conquistem um sentido de controlo sobre as suas vidas e façam mudanças positivas que deem origem a comportamentos de ajuda que estimulem seus próprios pontos fortes, aptidões e ações (HOCKENBERRY, Marilyn; 2006).

O Papel do Enfermeiro na Criança em Risco/Perigo

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE; 1996). Nesse sentido, a Constituição da República Portuguesa (2005) considera que a preservação e promoção da dignidade humana passa pelo reconhecimento dos direitos e deveres de todos os seres humanos, estando incluída a criança/jovem. O Enfermeiro assume o dever de promover e proteger a saúde dos mesmos, considerando-os na fase do ciclo de vida em que se encontram, das suas especificidades e necessidades (REPE; 1996). No Código Deontológico do Enfermeiro (2009) na alínea b) do artigo 81.º, que consagra o dever do enfermeiro no respeito pelos “valores dos humanos” é enunciado o dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”. O Enfermeiro deve entender a criança como um indivíduo com direitos e as intervenções devem ser vocacionadas para a prevenção de todas as situações que sejam suscetíveis de violar os seus direitos e prejudicar o seu desenvolvimento (TEUFEL, Sandra; FÉRNANDEZ,

Ma; BANACLOIG, Emilio, 2006). No Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea a) do artigo. 89.º que consagra a “humanização dos cuidados”, é referido que o Enfermeiro assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e uma comunidade”, nesse sentido o cuidado ao outro que se encontra vulnerável e em sofrimento, requer do Enfermeiro não apenas o cuidado técnico mas principalmente o cuidado humano que se concretiza na relação de confiança que é estabelecida (DEODATO, 2008). Torna-se importante clarificar que a criança se encontra inserida numa comunidade e vive segundo as condições, regras, leis da mesma. O Enfermeiro assume o dever consagrado no artigo 80º (alínea a)) do Código Deontológico do Enfermeiro, o “dever para com a comunidade”, que enuncia o dever do Enfermeiro de “participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados”. Deste modo, é da responsabilidade do Enfermeiro conhecer a população/comunidade onde atua e perceber que a criança, como ser humano, encontra-se em relação com o outro e principalmente com a família. RAMOS (2008) refere que a relação entre pais e filhos deve ser entendida como uma relação de amor, de disponibilidade e de ajuda, reconhecendo a autonomia da criança, no entanto, muitas vezes isso transforma-se

numa relação de poder dos pais sobre os filhos potencializando situações de risco. Nesse sentido no Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011), refere que o Enfermeiro deve estabelecer com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. Assim o Enfermeiro assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem; 2011). O Enfermeiro assume assim o dever de “demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; identificar situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco); sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. (Perfil de Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2011). O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012) que resulta, das alterações efectuadas ao programa anterior de 2005, vem acrescentar dois tópicos fundamentais a esta temática: “Alteração na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância;” e “Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações do comportamento e os maus tratos;”. Quanto ao primeiro tópico da calendarização das consultas por idades-chave, é justificado por ser nesses momentos que ocorrem “acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade” (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2012). Esses acontecimentos na vida da criança, se não forem devidamente vigiados e orientados podem potenciar situações de risco. Quanto ao segundo tópico, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012) considera que “as crianças e os jovens podem viver situações de risco ou ocorrência de maus tratos, assim como apresentarem necessidades de saúde especiais. Tais casos exigem atenção redobrada por parte dos serviços de saúde”. Assim justifica-se a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção particulares adequadas aos

mesmos. O papel da equipa de saúde consiste em “identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados. Há que definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades (...). Para além das idades chave apontadas no Programa, poderá ser necessário ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas, bem como a realização de outras intervenções – nomeadamente visita domiciliária – de acordo com as necessidades especiais de cada criança.” (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012)). RAMOS (2008) considera que o foco deve estar na prevenção como forma de intervenção do Enfermeiro, reconhecendo uma evidência clara de que as situações de risco e/ou perigo podem ser prevenidas. Tradicionalmente qualquer intervenção preventiva pode ser descrita em três níveis de prevenção: a primária, a secundária e a terciária (CAPLAN, 1964 citado por RAMOS, 2008). RAMOS (2008) considera que o Enfermeiro deve atuar em três níveis de prevenção: a prevenção primária, a secundária e a terciária. A prevenção primária pode ser vista como um meio de se evitar ou reduzir um conjunto de situações sociais, económicas, familiares, entre outras, que parecem ter uma forte influência no

aparecimento de situações de risco (RAMOS, 2008). Prevenir numa fase primária implica que se atue para um todo, isto é, a população-alvo será toda a sociedade independentemente da existência ou não de fatores de risco (AZEVEDO E MAIA, 2006, ALBERTO, 2005 citado por RAMOS, 2008). Torna-se imprescindível prevenir em locais onde a criança permanece e apresenta algum laço de afinidade, como a escola, o ATL, os escuteiros, a catequese, o clube, etc. (RAMOS, 2008) Quanto à família, a prevenção deverá ter como objetivos o fornecimento de informação através da criação de espaços onde se realizem reflexões à volta desta problemática (RAMOS, 2008, p.139). Assim a educação para a saúde, área de intervenção do Enfermeiro, deve passar, por exemplo, por ir às escolas ensinar os alunos a cuidarem de si e sobretudo adquirir uma autonomia e resiliência na resolução de situações de crise (RAMOS, 2008). Quanto à prevenção secundária, esta reflete sobre um público mais restrito. A intervenção a este nível tem como objetivo identificar grupos de risco e atuar preventivamente de acordo com as necessidades existentes (RAMOS, 2008). Por fim, a prevenção terciária. A prevenção terciária ocorre quando um defeito ou incapacidade é permanente e irreversível, envolvendo a minimização dos efeitos da doença ou incapacidade (POTTER, Patricia; PERRY, Anne, 2006). Contextualizando à temática, a

prevenção terciária é iniciada depois do desencadear de uma situação de risco (RAMOS, 2008). Segundo PAUL E ARRUABARRENA (1996) citado por RAMOS (2008) nesta fase tenta-se, atuando sobre um sujeito de alto risco, prevenir que num futuro próximo, ao se tornar pai ou mãe, este cristalice a sua vulnerabilidade em consequências para os seus filhos. A Direção Geral de Saúde em 2011 publicou um Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção – Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco em que anuncia algumas orientações para os profissionais de saúde na intervenção em casos de Crianças em Risco/Perigo. Os profissionais devem realizar observações periódicas da criança/jovem (com possibilidade de aumentar a frequência das mesmas); registar na história clínica sobre os fatores de risco, fatores de proteção e de agravamento detetados e evolução dos mesmos e efeito na criança/jovem; existir uma articulação entre os profissionais das diferentes Unidades de Saúde Familiar (valorizar a possibilidade de Visitas Domiciliárias); avaliação da gravidade da situação através da ponderação do equilíbrio detetado entre fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida. (DGS, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criança é um ser em desenvolvimento que exige uma relação afetiva consistente e

continuada para assim se sentir segura e ter um crescimento saudável e uma vida “normal”. Neste sentido, prevenir é uma atuação nobre e por outro lado difícil, mas deve estar sempre na primeira linha das nossas preocupações (LEANDRO, 1999 citado por REIS, 2009). A Sociologia da Infância propõe-se a constituir a infância como objeto sociológico, resgatando-a das perspectivas biologistas, que a reduzem a um estado intermédio de maturação e desenvolvimento humano, e psicologizantes, que tendem a interpretar as crianças como indivíduos que se desenvolvem independentemente da construção social das suas condições de existência e das representações e imagens historicamente construídas sobre e para eles. Porém, mais do que isso, a Sociologia da Infância propõe-se a interrogar a sociedade a partir de um ponto de vista que toma as crianças como objeto de investigação sociológica por direito próprio, fazendo crescer o conhecimento, não apenas sobre infância, mas sobre o conjunto da sociedade globalmente considerada (SARMENTO, 2004). A Prevenção de Situações de Risco/Perigo engloba um conjunto de estratégias que tem como objetivo evitar o aparecimento de comportamentos pouco saudáveis e desajustados, proteger e apoiar os sujeitos que estão na eminência de assumir comportamentos de risco e por último, recuperar e reinserir os que já estão em perigo,

isto é, que apresentam comportamentos problema (MATOS E COLABORADORES, 1997 citado por RAMOS, 2008). A intervenção do Enfermeiro deve incidir principalmente na prestação de cuidados de maior complexidade à criança em risco, salientando a componente técnica, científica e relacional. Através desta complexidade, tende-se para a reflexão e melhoria da prática profissional. O Enfermeiro deve ter também, conhecimento de que os instrumentos legais existentes são um importante contributo para a prática diária de cuidados. A importância do conhecimento destas leis para todos os profissionais de saúde são uma mais valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à proteção da saúde da criança e garantia dos cuidados necessários a todas as crianças de que elas necessitam (FLORINDO, 2010). Sumarizando, para se poder promover e proteger os direitos das crianças é necessário que os investigadores, os profissionais, os governantes e demais agentes, reúnam os seus conhecimentos e os seus esforços, envolvendo a comunidade em geral e o indivíduo em particular, num trabalho interdisciplinar com o mesmo objetivo: assegurar um futuro mais seguro e saudável para as gerações vindouras (GONÇALVES, 2003 citado por RAMOS, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DEODATO, S. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. 1ª Ed. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WINKELSTEIN, Marilyn – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7 Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303p. ISBN: 978-85-352-1918-02
- KYLE, Terry – Enfermagem Pediátrica. Tradução de Carlos Cosendey e Ivan Gomes, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. 1064 p. ISBN 978-85-277-1750-2
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin - Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. 1106 p. ISBN 972-8930-24-0.
- SEGALEN, Martine – Sociologia da Família. Tradução de Ana Santos Silva, Lisboa: Terramar, 1999. 337 p. ISBN 972-710-234-4
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem em Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2011. 1193p. ISBN 978-989-8075-29-1

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

- COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO- A Criança em Risco/Perigo [Em linha] s.d [Consult. 19 Out.2013] Disponível em <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>>
- CALDEIRA, Laura Bianca – O conceito de Infância no decorrer da História [Em linha] (s.d) Disponível em http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Pedagogia/o_conceito_de_infancia_no_decorrer_da_historia.pdf>

COSTA, Márcia Rosa da – Eu também quero falar: Um estudo sobre infância, violência e educação [Em linha]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação, 2000. 183p. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação [Consult. 16 Out. 2013] Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17163/000275990.pdf?sequence=1>>

FLORINDO, Maria de Lurdes Santos Mendes – O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria perante a situação de Criança/Família em Risco [Em linha]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, 2010. 222

p. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria [Consult. 19 Out. 2013] Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9425/1/Relat%C3%B3rio%20Lurdes%20Florindo.pdf>

MARTINS, Paula Cristina Marques – Protecção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco: representações sociais, modos e espaços [Em linha]. Minho, Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho, 2004. 492p. Tese de doutoramento em Estudos da Criança Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3238/1/1.%20Parte%20te%C3%B3rica.pdf>>

RAMOS, Tânia Catarina da Costa Barbosa- A Intervenção na Criança /Jovem em Risco – Um Percorso a Construir [Em linha]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008. 279 p. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Bioética [Consult. 19 Out. 2013] <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22134/3/TeseTniaRamos.pdf>>

REIS, Victor José Oliveira – Crianças e Jovens em Risco – Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco [Em

linha]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, 2009. 472 p. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica [Consult. 19 Out. 2013] Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11781/1/tese%20versao%20reformulada%20final2.pdf>>

SARMENTO, Manuel Jacinto – Gerações e Alteridade: Interrogações a partir da Sociologia da Infância [Em linha], Educação e Sociedade, Campinas, vol.26, Nº3. 2005 p.361-378 8 [Consult. 01 Nov. 2013] Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>>

TEUFEL, Sandra; FERNANDÉZ, Ma; BANACLOIG, Emílio – Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus tratos ou outras Situações de Perigo [Em linha] (2006) 163 p. [Consult. 19 Out. 2013] Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=3968&m=PDF> ISBN: 84-482-4361-7>

LEGISLAÇÃO, CONVENÇÕES E PROGRAMAS

Código Deontológico do Enfermeiro - Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Constituição da República Portuguesa - Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto

Convenção Sobre os Direitos da Criança. Resolução da Assembleia da República, nº 20/90.

D.R. nº 211, 1ª Série, 12 de Setembro de 1990

Decreto – Lei nº 147/99, de 1 de Setembro. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Decreto - Lei nº166/99, de 14 de Setembro. Lei Tutelar Educativa

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE – Maus tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção: Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Divisão da

Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. Portugal. 2011

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa

Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Portugal, 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa, 2010.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)