



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM RISCO E/OU EM PERIGO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por Joana Marques Romeiro

LISBOA, Fevereiro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM RISCO E/OU EM PERIGO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por Joana Marques Romeiro

Sob orientação de Sra. Professora Margarida Lourenço

LISBOA, Fevereiro de 2013

**“Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos:
ternura, pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”**

Louis Pasteur

RESUMO

O presente relatório, surge do testemunho da formanda no seu processo de transição de um cuidar generalista, para um cuidar especializado à criança. Este processo decorreu das experiências proporcionadas não só pelo seu percurso profissional, como também pelas aprendizagens adquiridas na Unidade Curricular Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O relatório apresenta assim, não só as bases de fundamentação teórico-conceitual, mas também um relato referente ao percurso da formanda em contextos distintos de atuação, compreendidos em três Módulos, onde foi assumido como problemática central os maus-tratos infantis.

Desta forma, foram desenvolvidas pela interveniente uma variedade de ações com o objetivo assumido de: **“Desenvolver competências de enfermagem especializada no cuidado à criança em risco e/ou em perigo”**.

No Módulo I, foram empreendidas intervenções a nível de prevenção primária e secundária, nos contextos da Casa da Encosta (em Cascais) e da Unidade de Cuidados na Comunidade (na Damaia). Nestas, destacaram-se a elaboração do “Guião Orientador da Visita Domiciliária” e o planeamento pioneiro do projeto “Mães Adolescentes”.

No Serviço de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E. (Módulo II), salientou-se a estruturação de uma “Folha de Risco”, num contributo de prevenção secundária e terciária, em situações de menores internados.

E na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (Módulo III), do hospital anteriormente mencionado, salvaguardou-se uma intervenção de prevenção secundária, pela divulgação e sensibilização pública do Dia Internacional da Prematuridade e pela elaboração do “Manual de Apoio e Recursos da Comunidade”.

Procurou-se, desta forma, um contributo para uma atuação precoce na família, pela promoção de fatores protetores do desenvolvimento saudável da criança, por meio da minimização dos riscos e vulnerabilidade do menor à violência. Recorreu-se ainda ao desenvolvimento de competências especializadas promotoras da transição para um cuidar parental competente.

O leitor poderá, desta forma, acompanhar o percurso da formanda na busca da qualidade no atendimento ao utente pediátrico e sua família em contexto de risco e/ou perigo. Poderá ainda descobrir a realidade destas e de outras atividades planeadas, elaboradas e implementadas no decorrer do seu processo de especialização.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Maus-tratos infantis; Prevenção; Transição; Papel parental.

ABSTRACT

This report comes from the testimony of the trainee in the process of transition from a general to a specialized care for children. This process occurred not only due to the experiences offered by her career as a nurse, but also from learning acquired in the course of the Internship Master's degree in Nursing Nature Professional Specialisation in Child Health Nursing and Pediatrics, sponsored by the Institute of Health Sciences Portuguese Catholic University of Lisbon.

The report presents not only theoretical and conceptual foundations, but also a report concerning the way the trainee assumed the central problematic of child maltreatment in different contexts of action, displayed in three modules.

Thus, were developed by the intervener, actions with the assumed main goal: **"Developing skills in specialist nursing care for children at risk and / or danger"**

The first module, took place at Casa da Encosta in Cascais and at a Community Care Unit in Damaia, and stood the preparation of the "Script Supervisor of Domiciliary Visit" and planning the pioneer project "Adolescent Mothers" as interventions at the primary and secondary level in child maltreatment prevention.

In Pediatric Service of Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E., second module, was structured a "Risk Sheet ", as a contribution to secondary and tertiary level prevention, in situations of admitted minors at risk or danger of abuse.

And in the Intensive and Special Care Neonatal Unit of the same hospital, third module, was conducted a secondary prevention level through the dissemination and public awareness of the International Day of Prematurity and elaboration of the "Manual of Support and Community Resources".

Therefore, the author tried to contribute to early intervention in family by promoting protective factors for a healthy child development, through risk and child vulnerability limitation of violence. The reader may follow the route of the trainee in search of the quality in caring for the child and family in contexts of risk and/or danger. You can also discover the reality of activities planned, developed and implemented during the process of specialization.

KEYWORDS: Nurse Specialist Pediatric and Child Health, Children's Maltreatment; Prevention; Transition; Parental Role.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmã,
cujo apoio foi fundamental e se revelou em todos os momentos, não só em palavras de incentivo mas em pequenos gestos de apoio e que tornaram o meu crescimento, pessoal e profissional, num caminho mais fácil de percorrer, rodeado de carinho inquestionável.

Aos meus amigos,
pela tolerância, disponibilidade e pelas palavras de incentivo que nunca faltaram no decorrer de todo este percurso.

Às enfermeiras orientadoras do Estágio,
pela demonstração e partilha dos seus saberes, pela exigência na procura de um cuidado especializado ao utente pediátrico, cada vez mais competente e com maior qualidade.

À Sra. Professora Margarida Lourenço e Universidade Católica de Lisboa,
pelo rigor, excelência e orientação neste meu percurso.

E por último,
a todas as crianças e suas famílias,
que me concederam o privilégio de entrar e participar de alguma forma nas suas vidas.

**Agradeço a todos,
dedicando-vos este meu trabalho.**

Joana Romeiro

LISTA DE ABREVIATURAS

Ed.	Edição
Et al. (et aliae)	E outros (para pessoas)
Etc. (et cetera)	E outros (para coisas)
Nº	Número
p.	Página
Vol.	Volume
%	Porcentagem

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APDMF	Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família
CAT	Centros de Acolhimento Temporário
CHS	Swedish Child Health Services
CLAS	Conselho Local de Acção Social da Amadora
CPC	Child-Parent Centers
CPCJ	Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CPPP	Curso de Preparação para o Parto
DGS	Direcção Geral de Saúde
ECMIJ	Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude
EESIP	Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
HFF E.P.E.	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E.
ISPCAN	International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect
ITPI	International Training Project Initiative
NACJR	Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
NFP	Nurse Family Partnership
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
PACCs	Canberra-based Parents' and Children's Clinics
PIAF	Plano de Intervenção e Apoio à Família
RN	Recém-nascido
TPSPT	U.S. Triple P System Population Trial
Triple P	Positive Parenting Program
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCEN	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIEN	Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais
UCIENP	Cuidados Intensivos Especiais e Neonatais Pediátricos
UMAD	Unidade de Apoio ao Domicílio

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA.....	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	23
1.1 MAUS-TRATOS: UMA REALIDADE INFANTIL	23
1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS MAUS-TRATOS INFANTIS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	24
1.2.1 Metodologia.....	24
1.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	32
1.2.2.1 Consequências dos maus-tratos	33
1.2.2.2 Características das intervenções de enfermagem.....	34
1.2.3 Considerações finais.....	37
1.3 A TEORIA TRANSACIONAL APLICADA NA PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS	38
2 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO PERCURSO DE ESPECIALIZAÇÃO.....	41
2.1 MÓDULO I.....	42
2.1.1 APDMF e Casa da Encosta	42
2.1.1.1 Breve caracterização do serviço	42
2.1.1.2 Descrição e análise crítica das atividades realizadas	44
2.1.2 Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) – Amadora +, Damaia	45
2.1.2.1 Breve caracterização do serviço	45
2.1.2.2 Diagnóstico da situação e problemática identificada	46
2.1.2.3 Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas.....	47
2.2 MÓDULO II.....	54
2.2.1 Serviço de Pediatria do HFF E.P.E.....	54
2.2.1.1 Breve caracterização do serviço	54
2.2.1.2 Diagnóstico da situação e problemática identificada	55
2.2.1.3 Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas.....	57

2.3	MÓDULO III.....	60
2.3.1	Serviço de Urgência Pediátrica do HFF E.P.E.	60
2.3.2	Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do HFF E.P.E.	61
2.3.2.1	Breve caracterização do Serviço.....	61
2.3.2.2	Diagnóstico da situação e problemática identificada	63
2.3.2.3	Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas.....	63
3	CONCLUSÃO.....	67
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
	ANEXOS	73
	ANEXO I- CASUÍSTICA DO “ESTAMOS PRESENTES”	75
	ANEXO II -GUIÃO ORIENTADOR DA VISITA DOMICILIÁRIA.....	87
	ANEXO III - FOLHA DE VISITA DOMICILIÁRIA	157
	ANEXO IV - PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”	163
	ANEXO V - “MÃE E AGORA?”	211
	ANEXO VI - “RELAÇÕES E CONTRACEÇÃO”	235
	ANEXO VII - “AGORA E NO FUTURO”	263
	ANEXO VIII - “FICHA DE AVALIAÇÃO “MÃES ADOLESCENTES”	279
	ANEXO IX - PANFLETO “MÃES ADOLESCENTES”	283
	ANEXO X - PANFLETOS INFORMATIVOS	287
	ANEXO XI - “FOLHA DE RISCO”	293
	ANEXO XII- DOSSIER “FOLHA DE RISCO”	321
	ANEXO XIII - FORMAÇÃO “MAUS-TRATOS À CRIANÇA”	355
	ANEXO XIV - PROCEDIMENTO HOSPITALAR	377
	ANEXO XV - POSTER: “MAUS-TRATOS À CRIANÇA ABORDAGEM DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA	383
	ANEXO XVI- POSTER “DIA INTERNACIONAL DA PREMATURIDADE”	387
	ANEXO XVII- “MANUAL DE APOIO E RECURSOS DA COMUNIDADE”	391
	ANEXO XVIII- BANCA DO DIA INTERNACIONAL DA PREMATURIDADE	509

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Protocolo seguido na seleção dos artigos revisão sistemática da literatura... 26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de elaboração de questão de investigação, segundo a metodologia PI[C]O.	24
Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos pesquisados.....	25
Tabela 3 - Palavras-chave da pesquisa.....	25
Tabela 4 - Síntese dos artigos selecionados, segundo a metodologia PIOD.	32

0. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Pretende fazer uma descrição e fundamentação do percurso da formanda no seu crescimento pessoal e profissional, nomeadamente na sua aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Este processo de maturação e desenvolvimento decorreu em três etapas, designadas por Módulos, inerentes à Unidade Curricular Estágio. O Módulo I decorreu na Casa da Encosta em Cascais e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na Damaia, o Módulo II no Serviço de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E. (HFF E.P.E.), e o Módulo III na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do HFF E.P.E.

Estes diferentes contextos de atuação permitiram à formanda, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em relação ao EESIP, trabalhar

“(...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE 2010, p.1).

Foi assumido como problemática central das experiências desenvolvidas, os maus-tratos infantis, uma vez que constitui não só uma preocupação pessoal da formanda no seu exercício profissional, como se apresenta uma problemática atual de causa multifatorial, de disfunção no sistema cuidadores-criança-ambiente, com consequências irreversíveis no desenvolvimento bio-psico-social e cultural do menor.

A família, é geralmente, aquela que se assume como cuidadora da criança na garantia da satisfação das suas necessidades: físico-biológicas, cognitivas e socio-emocionais. Desta forma, *“(...)normalmente os pais prestam os cuidados adequados aos filhos, proporcionam-lhes formação integral e oferecem-lhes relações securizantes a partir das quais a criança pode desenvolver uma visão positiva de si mesma e das pessoas que a rodeiam” (CPCJ 2010, p. 30).* Entende-se assim, que são os responsáveis pela criança, e que devem no superior interesse dos filhos, zelar pelo seu bem-estar a todos os níveis.

No entanto, a ocorrência de múltiplos problemas de origem fisiológica, psicológica e social num agregado familiar que nunca experimentou estabilidade, e que tem vivido situações frequentes de crises e de desorganização, constitui-se como um contexto de risco para o menor (STANHOPE e LANCASTER, 1999). Os fatores que intervêm nesta família e que a tornam vulnerável, constituem fatores potenciadores da ocorrência de disfunção e conseqüentemente comprometem a resposta às necessidades da criança. Nestas situações, a concomitância de vários fatores de risco é potenciadora de contextos domésticos de eventual negligência ou outra forma de mau-trato infantil.

Determina-se, por conseguinte, e segundo diretrizes da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2008), a necessidade de identificação das características específicas da criança e dos pais e/ou cuidadores, do sistema familiar e do contexto socio-cultural que se podem constituir como fatores de precipitação de risco e/ou perigo.

As repercussões inegáveis e invisíveis desta situação motivaram a interveniente a adotar como objetivo geral e transversal, a todos os módulos: **“Desenvolver competências de enfermagem especializada no cuidado à criança em risco e/ou em perigo”**.

Este relatório demonstra assim, o resultado de uma intervenção de enfermagem especializada e aplicada em cada contexto de estágio, na prevenção do risco e/ou perigo e na proteção da dignidade e dos direitos da criança. Procurando-se dar prevalência, sempre que possível, pela ação que visa integrar o menor na família, responsabilizando os pais pelos seus deveres e promovendo a transição para um papel parental competente no cuidado aos filhos.

Para facilitar a sua leitura e compreensão, o relatório foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro, é realizada uma fundamentação teórico-conceptual onde é feita uma breve abordagem aos maus-tratos, e apresentadas evidências da intervenção da enfermagem especializada na transição para o exercício do papel parental, na proteção e prevenção do risco e/ou perigo na criança.

O segundo capítulo remete-se às competências adquiridas como EESIP, no âmbito da temática desenvolvida, sendo sub-dividido em três módulos (I, II e III) consoante as experiências nos diferentes contextos. Em cada um deles é realizada uma breve caracterização do serviço, definido um diagnóstico de situação (sempre que aplicável), identificados objetivos e analisadas as atividades empreendidas.

O terceiro capítulo dedica-se a uma síntese conclusiva da experiência da formanda na concretização do seu percurso na excelência do cuidar especializado em enfermagem.

No final do relatório, são apresentados os anexos referentes às atividades desenvolvidas durante a Unidade Curricular Estágio e que foram identificadas ao longo da leitura do presente trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 MAUS-TRATOS: UMA REALIDADE INFANTIL

Os maus-tratos infantis têm tido a sua incidência, de forma mais ou menos silenciosa, ao longo dos tempos, tratando-se de um tema tão antigo quanto atual.

Os maus-tratos constituem uma problemática complexa e multicausal, com consequências graves e irreversíveis no desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social da criança.

Segundo, a definição de MAGALHÃES (2005, p.33), os maus-tratos remetem-se a:

“(...) qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade”.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2008), o fenómeno pode ser classificado em cinco tipos: negligência, mau-trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico e síndrome de Munchausen por procuração.

Interessa nesta fase, fazer referência aos números registados de crianças maltratadas, no Concelho da Amadora, dado que a intervenção da formanda se centrou em diferentes instituições de saúde, centralizadas neste concelho. Foi constatado pelo Conselho Local de Acção Social da Amadora (CLAS, 2011), citando os resultados da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da Amadora, que no ano de 2010 estiveram ativos 1 262 processos de promoção e protecção. Predominou a referência de crianças do sexo masculino (54%), entre os 13 e os 15 anos de idade (20%), sendo também significativa a percentagem de crianças com idade inferior a 5 anos (26%). As situações de negligência (43%), abandono escolar (13%), maus tratos psicológicos/abuso emocional (10%), foram as principais causas da sinalização. Segundo dados do Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), do HFF E.P.E., a maioria das crianças agredidas fisicamente (60,1%) coabitava com o agressor, que habitualmente se revelavam ser o pai (32,1%) ou a mãe (20,8%) (HFF E.P.E., 2011).

Esta situação expressa a primordial importância de intervenção precoce na prevenção de fatores de risco de maus-tratos nas famílias.

A necessidade de um salto, na qualidade da garantia dos direitos básicos da criança, levou ao desenrolar de uma variedade de programas e planeamentos, na área da saúde, no que concerne à prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos. Neste sentido, tornou-se imprescindível a intervenção do enfermeiro na concretização de ações que potenciassessem,

sempre que possível, o exercício de um papel parental competente, por forma a garantir as necessidades de bem-estar da criança e seu desenvolvimento no ambiente familiar. Salvaguardando-se, no entanto, que no momento em que a família revelar incapacidade para garantir e disponibilizar os meios necessários, caberá em responsabilidade ao enfermeiro o seu encaminhamento às entidades competentes, no assumir desse papel.

1.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO ESPECIALIZADA DOS MAUS-TRATOS INFANTIS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Segundo RAMALHO (2005, p. 38), “os cuidados de saúde baseados em evidência e as técnicas a eles associadas proporcionam um vasto leque de actividades que permitem aos profissionais utilizar as melhores evidências na sua prática”. Tendo em conta esta linha de pensamento, procedeu-se à concretização de uma revisão sistemática da literatura, por forma a identificar a melhor evidência da investigação em enfermagem referente à problemática em causa. Pretendeu-se, a obtenção de um conhecimento científico baseado em estudos com superior qualidade metodológica, cujos resultados pudessem contribuir para aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem direcionados às crianças e/ou jovens, na sua defesa e proteção em situações de risco e/ou perigo.

1.2.1 Metodologia

Como objetivo principal, da presente revisão sistemática da literatura, determinou-se primeiramente a necessidade de identificar as intervenções de enfermagem que promovem a transição para o papel de cuidadores competentes, os pais de crianças em risco e/ou perigo. Surge assim, a questão de investigação à qual se pretendeu dar resposta, no contexto deste estudo: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a transição para o exercício do papel parental, na proteção e prevenção do risco e/ou perigo na criança?”. Esta foi elaborada tendo por base a metodologia PI[C]O, sendo possível observar a forma como foi estruturada, na Tabela 1.

QUESTÃO PI[C]O		
P	Participantes	Pais de crianças em risco e/ou perigo; Crianças em risco e/ou perigo (dos 0 aos 18 anos de idade); Enfermeiros.
I	Intervenções	Intervenções de enfermagem que promovem a transição para o papel de cuidadores, nos pais de crianças em risco e/ou perigo.
[C]	Comparação	Não se aplica neste estudo.
O	Outcomes/ Resultados	Promover a transição para o exercício do papel parental, na proteção e prevenção do risco e/ou perigo na criança.

Tabela 1 - Critérios de elaboração de questão de investigação, segundo a metodologia PI[C]O.

Com a finalidade de identificar os estudos que dessem resposta ao pretendido, foram definidos os seus critérios de seleção. Tendo em conta a metodologia PI[C]O aplicada, deu-se continuidade ao emprego da mesma, na seleção dos estudos primários pelos parâmetros PI[C]OD: Participantes (P); Intervenções (I); Comparações (C); Resultados/*Outcomes* (O) e Desenho do estudo (D).

Para garantir a melhor evidência disponível foram estabelecidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão que permitisse a filtração dos estudos encontrados e que dessem resposta específica à questão colocada (Tabela 2).

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<p>P (Participantes)</p> <p>Quem foi estudado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pais (pai e/ou mãe) de crianças em risco e/ou perigo; - Crianças (dos 0 aos 18 anos de idade) em risco e/ou perigo; - Enfermeiros (como profissionais de saúde participantes nos estudos desenvolvidos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pais de crianças e/ou crianças que não se encontrem em risco e/ou perigo. - Profissionais de saúde participantes nos estudos, que não sejam enfermeiros.
<p>I (Intervenções)</p> <p>O que foi feito?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos que descrevam estudos relacionados com intervenções de enfermagem relativas às necessidades de orientação parentais, no que concerne a uma parentalidade competente e adequada na proteção e prevenção da criança em risco e/ou perigo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos referentes a estudos que não integrem os critérios exigidos neste âmbito.
<p>D (Desenho do estudo)</p> <p>Como é que a evidência foi recolhida?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ser um estudo empírico; - Artigos publicados entre o ano 2002 e 2012; - Apresentar informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de analisar: Participantes, Intervenções, Resultados e Desenho do estudo (PIOD) e ainda ano, país do estudo e autor(es). 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos publicados anteriormente a 2002; - Artigos que não se apresentam como estudos empíricos ou revisões sistemáticas da literatura; - Artigos não disponíveis em texto integral (<i>full text</i>) nas bases de dados pesquisadas.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos pesquisados.

Para a pesquisa dos estudos relevantes foram selecionados termos que a conduziram e delimitaram. Assim, foram associadas palavras-chave como descritores da pesquisa, para cada componente essencial da questão de investigação formulada (Tabela 3).

PALAVRAS-CHAVE		
P	Participantes	"Child"; "Parent"; "Family"; "Maltreatment"; "Abuse"; "Neglect"; "Risk".
I	Intervenções	"Nurse"; "Intervention"; "Protection"; "Prevention".
O	<i>Outcomes/ Resultados</i>	"Transition"; "Competence".

Tabela 3 - Palavras-chave da pesquisa.

Com os critérios definidos e as palavras-chave determinadas, foi revista a literatura publicada entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2012, no sentido de obtenção da melhor evidência disponível e publicada na última década, no que concerne aos avanços na disciplina de enfermagem na proteção e prevenção dos maus-tratos infantis. Deu-se preferência à pesquisa no idioma português, inglês e espanhol, nas seguintes bases de dados, de referência e de texto integral: EBSCOhost (com pesquisa nas bases de dados CINAHL® Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Collection, MedicLatina, MEDLINE). Consideraram-se ainda as referências bibliográficas mencionadas nos artigos escolhidos.

A esquematização da pesquisa dos artigos científicos nas bases de dados, na Figura 1, permite a visualização dos passos sequenciais adoptados na sua seleção.

Na primeira fase da pesquisa, foram identificados, por título, 403 artigos que se mostraram relevantes para a questão de investigação definida. Após filtração dos estudos repetidos, obtiveram-se 309 artigos. Pela leitura dos títulos, foram selecionados 175 estudos. Através da leitura do *abstract* e recorrendo à aplicação dos critérios de exclusão, foram rejeitados 120 obtendo-se 55 artigos no total.

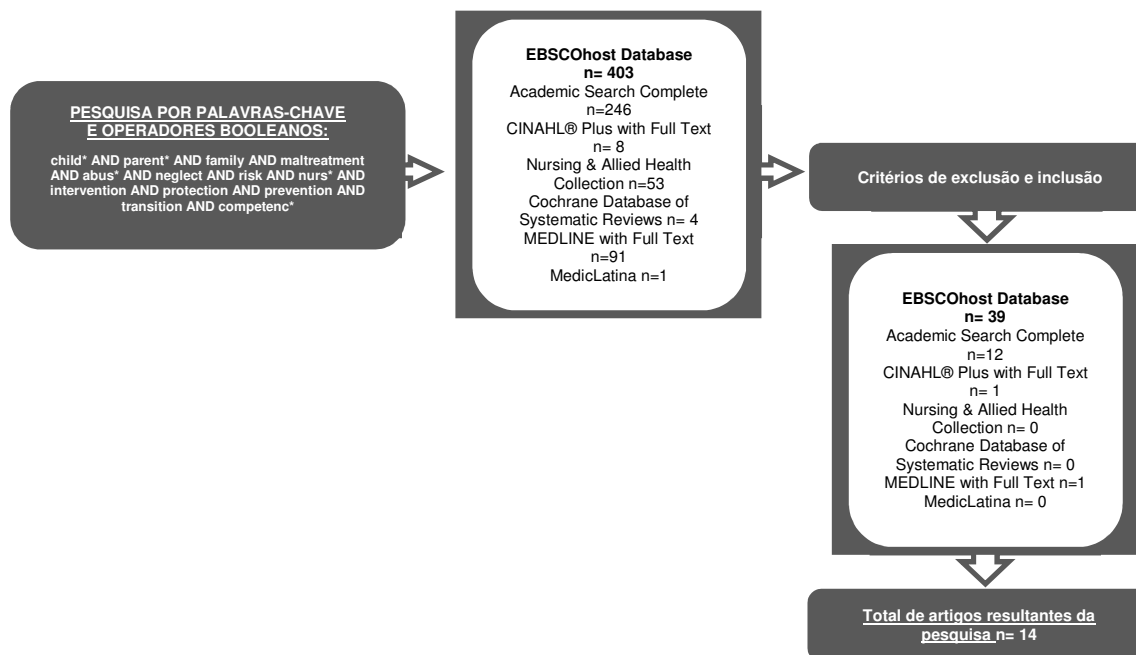


Figura 1 – Protocolo seguido na seleção dos artigos na revisão sistemática da literatura.

Numa segunda fase, cada artigo foi, por sua vez, submetido a uma leitura integral do texto, obrigando a uma eliminação de 39 artigos que não cumpriam os critérios de seleção (de exclusão e de inclusão). Obtiveram-se no final, uma totalidade de 14 artigos de estudos empíricos publicados (fonte primária).

Na leitura integral dos artigos selecionados, foram identificados o ano, o país, o(s) autor(es), os participantes (P), as intervenções (I), os resultados ou *outcomes* (O), e o desenho do estudo (D), que foram colocados sob a forma de tabela para sua melhor compreensão e síntese (Tabela 4).

AUTOR(ES) ANO E PAÍS	PARTICIPANTES (P)	INTERVENÇÕES (I)	RESULTADOS (O)	DESENHO DO ESTUDO (D)
OLDS; <i>"Improving the Life Chances of Vulnerable Children and Families with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family</i>	Adolescentes solteiras grávidas do primogénito (no segundo trimestre de gravidez) e respetivo filho/a até aos dois anos de idade. Com baixos recursos socio-económicos, residentes em três regiões dos	Prodedeu-se à aplicação de um programa de visita domiciliária: <i>"Nurse Family Partnership"</i> (NFP). A sua implementação obedeceu a diretrizes pré-estabelecidas em três grandes áreas de intervenção de enfermagem, nomeadamente o desenvolvimento de: comportamentos saudáveis na	A intervenção do enfermeiro no contexto da NFP provou ser eficaz na redução dos fatores de risco para a criança, nomeadamente na: mortalidade infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer, atrasos no desenvolvimento psicomotor por défice nos cuidados pré-natais, abuso e negligência infantil, lesões	Quantitativo.

<p><i>Partnership</i>".</p> <p>2012; Psychosocial Intervention (Espanha).</p>	<p>EUA: Elmira (n=400); Memphis (n=1 138 grávidas e 743 crianças); Denver (n=735). Em Elmira e Memphis, os enfermeiros foram a categoria profissional exclusivamente selecionada na implementação do estudo. Em Denver, a sua aplicação foi realizada quer por enfermeiros quer por paraprofissionais.</p>	<p>mulher grávida; Competência parental no cuidado à criança; E planeamento familiar. Os dados obtidos nestas áreas foram posteriormente submetidos a uma análise estatística. A NFP teve o seu início no acompanhamento da mulher grávida perpetuando-se no desenvolvimento infantil nos dois anos que se seguiram ao nascimento (com um tempo aproximado de duração entre 75 a 90 minutos por visita). Em Elmira os enfermeiros realizaram em média nove visitas domiciliárias à grávida e 23 no seguimento infantil. Em Memphis os enfermeiros fizeram em média sete visitas domiciliárias à grávida e 26 no seguimento infantil. Em Denver os enfermeiros realizaram em média 6,5 visitas domiciliárias à grávida e 21 no seguimento infantil. Os paraprofissionais fizeram em média seis visitas pré-natais e 16 no seguimento infantil. Através de uma intervenção precoce logo após o nascimento, as enfermeiras procuraram promover o desenvolvimento físico e emocional da criança através da capacitação dos pais em cuidar do filho/a, pelo ensino na: deteção de sinais de doença na criança, formas de interação e comunicação com o filho/a, compreensão do comportamento e desenvolvimento infantil.</p>	<p>acidentais, violência juvenil, gravidez não planeada, e dificuldades socio-económicas nas famílias. Na resposta às necessidades sentidas pela família, promoveu-se o empoderamento dos pais no cuidar dos seus filhos/as e potencialização dos recursos familiares. A evidência, demonstrou que a intervenção precoce (num contexto de risco) confere proteção à criança e promove o seu desenvolvimento saudável. A eficácia do programa é mais evidente em populações que agregam maior número de fatores de risco, não só verificado pelo maior número de ganhos em saúde da criança e família, como também pelos ganhos para o próprio Estado (por redução do número de famílias que procuram apoios económicos, redução da criminalidade, redução da procura de serviços de saúde por doença). Os enfermeiros obtiveram de uma forma geral, melhores resultados na redução do risco na criança/família, comparativamente com os paraprofissionais.</p>	
<p>PRINZ [et al.]; "Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial". 2009; Prevention Science (EUA).</p>	<p>Comunidade pertencente a 18 distritos dos EUA, com 50 000 a 175 000 residentes, com estrutura demográfica semelhante e sem contato anterior com programas de intervenção parental. Famílias residentes nas comunidades selecionadas, com filhos sendo que um dos filhos teria de ter uma idade inferior a oito anos (entre 8 883 e 13 560 famílias foram participantes). Profissionais de organizações governamentais e não governamentais, que exerciam funções em áreas de intervenção direta com pais e famílias, das comunidades alvo. Participaram 649 profissionais como: terapeutas (29,7%), professores (16,3%), assistentes sociais (15,5%), "childcare staff" (10,5%), enfermeiros (7,4%), administradores (5,1%), auxiliares de ação educativa (4,6%), entre outros (10,9%).</p>	<p>O estudo designado como: "U.S. Triple P System Population Trial" (TPSPT) teve como objetivo testar a eficácia do programa "Triple P" (Positive Parenting Program), na redução da prevalência de maus-tratos infantis nas populações alvo. Pretendeu testar a sua eficácia não a nível individual ou familiar, mas a nível comunitário. O "Triple P" consistia num programa de promoção da parentalidade, em cinco níveis. Cada nível apresentava uma complexidade acrescida de intervenção consoante as necessidades da criança e o risco a que está sujeita no contexto familiar. Englobava desde estratégias de promoção de parentalidade positiva (Nível Um) até intervenções específicas familiares em contextos de elevado risco identificado (Nível Cinco). O estudo foi realizado dois anos após a implementação do "Triple P", nas populações alvo, pelos profissionais que receberam formação para o efeito (terapeutas, professores, assistentes sociais, enfermeiros, administradores, auxiliares de ação educativa, entre outros). Os dados obtidos foram tratados por análise estatística.</p>	<p>Os dados apresentados sugerem que é possível a prevenção dos maus-tratos infantis, através da implementação de um programa adaptado à comunidade e direcionado à promoção da parentalidade. Tais conclusões derivam da redução estatística nos indicadores de maus-tratos infantis nas comunidades alvo (redução da taxa de maus-tratos infantis, de crianças institucionalizadas ou a cujos pais foi retirado o poder paternal, idas ao hospital e internamentos por maus-tratos). Os enfermeiros, como profissionais conhecedores da comunidade em que atuam, trabalhando em colaboração com outros profissionais de áreas relacionadas com a infância, são agentes capazes e promotores da transição dos comportamentos parentais. E consequentemente são agentes eficazes na proteção da criança em situação de risco e/ou perigo.</p>	<p>Quantitativo.</p>
<p>WAIBEL – DUNCAN; "Prospective Nurses' Appraisals of Screening for Child Neglect in Primary Care Settings". 2006; Pediatric Nursing (EUA).</p>	<p>71 Estudantes de enfermagem americanos de uma universidade da Pennsylvania.</p>	<p>Foi aplicado um questionário de rápido preenchimento (em dez minutos), durante o horário regular das atividades letivas. Apresentava como objetivo avaliar a percepção que os estudantes tinham do seu papel como futuros enfermeiros, na deteção e identificação de negligência infantil e de contextos familiares de risco para a criança. As perguntas remeteram-se à avaliação de três componentes: "Primary and Secondary Appraisals", "Agreement with Appraisal Themes" e "Affects". De resposta fechada e obtida segundo uma escala de concordância crescente de um (não concordância) a quatro (concordância total) Os dados obtidos foram</p>	<p>Os estudantes de enfermagem demonstraram dar importância à identificação da negligência infantil, revelando a confiança em fazê-lo enquanto profissionais com formação específica. No entanto, demonstraram alguma dúvida na sua capacidade em não se afetar emocionalmente no processo. Foi evidente a motivação para investir na sua formação em cuidados de saúde primários no que concerne a estratégias de identificação da negligência infantil. A evidência revelou que a formação é necessária para a capacitação dos enfermeiros na deteção precoce de situações de maus-tratos infantis. O enfermeiro deverá ser detentor de conhecimentos que lhe permitam não só reconhecer situações de risco e/ou perigo, mas que lhe confira os recursos internos necessários para</p>	<p>Quantitativo.</p>

		submetidos a tratamento estatístico.	manter uma relação terapêutica com a família-criança capazes de garantir a saúde e segurança da última.	
<p>BANWELL [et al.] <i>"Programmes for the children of illicit drug-using parents: issues and dilemmas"</i>.</p> <p>2002; Drug and Alcohol Review (Austrália)</p>	<p>30 Pais com antecedentes pessoais de abuso de drogas ilícitas (21 eram mães e nove eram pais), 15 dos quais recorriam regularmente às consultas do programa clínico: <i>"Canberra-based Parents' and Children's Clinics"</i> (PACCs). Dez pais faziam-no de forma intermitente e cinco não frequentavam o programa. Estes eram na sua maioria pais com um a cinco filhos (com idades compreendidas entre os dois meses e os cinco anos de idade). Dez trabalhadores e profissionais de saúde nas duas clínicas com implementação do PACCs (entre os quais ex-toxicodependentes, enfermeiras de saúde comunitária e enfermeiras especialistas na saúde da mulher). Oito profissionais a exercer funções em agências governamentais e não-governamentais, no tratamento da toxicod dependência e em serviços de proteção à infância.</p>	<p>Estudo financiado pela <i>"National Council for the Prevention of Child Abuse"</i> com o objetivo de avaliar a as dificuldades na assistência do PACCs às necessidades específicas para crianças filhas de pais toxicodependentes. O PACC numa sessão semanal com duração de três a quatro horas, onde são disponibilizadas consultas de vigilância de saúde, alimentação, educação (doenças infecciosas, literacia, estratégias de comunicação, capacidades parentais) e atividades de interação grupal (entre pais e crianças). Promoveu-se a partilha informal de experiências com pais ex-toxicodependentes. Estas sessões conduzidas pelos enfermeiros constituíam a oportunidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda com os pais. Promoveu-se o empoderamento dos mesmos em cuidar das suas crianças e possibilitou-se ajuda no acesso ao tratamento, a quem assim o desejasse. Foi realizada uma observação participante pelos autores, durante quatro meses, e entrevistados 30 pais e dez profissionais do PACCs. Foram ainda inquiridos oito profissionais de instituições governamentais e não-governamentais de tratamento à toxicod dependência, no conhecimento que detinham e no seu envolvimento com o PACCs.</p>	<p>A evidência demonstrou a importância da implementação de programas direcionados para pais toxicodependentes na ajuda ao exercício parental adequado. Embora o PACCs não tivesse como objetivo a monitorização e intervenção sobre situações de maus-tratos infantis, este acabou por estar implícito na medida em que permitiu aos enfermeiros detetar e acompanhar situações de abuso e negligência na criança. Os pais perceberam de forma positiva o programa, vendo neste uma oportunidade para demonstrar a sua capacidade em cuidar dos filhos, às agências governamentais que os assinalaram como contexto familiar de risco. Foram identificadas dificuldades do programa na garantia de: um horário flexível; uma localização que permita um acesso facilitado dos pais e crianças; uma rede de suporte à intervenção dos profissionais; um financiamento garantido; e uma monitorização e avaliação constante dos resultados do programa.</p>	Quantitativo.
<p>LIDCHI; <i>"Reflections on Training in Child Abuse and Neglect Prevention: Experiences in Brazil"</i>.</p> <p>2007; Child Abuse Review (EUA).</p>	<p>120 Profissionais que trabalhavam em serviços de saúde, educativos e serviços sociais, em diferentes regiões do Brasil: Rio de Janeiro, Minas Gerais, Maranhão e Pernambuco. No entanto, só foram contabilizados 63 profissionais que colaboraram totalmente no estudo. Entre os quais 11 eram profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), 27 do serviço social (membros dos Conselhos Tutelares, líderes na comunidade e assistentes sociais) e 25 professores.</p>	<p>Foi aplicado um questionário de resposta fechada (sim ou não), para compreender as crenças e conhecimentos dos participantes em relação a questões relacionadas com: a intimidade e privacidade da criança, limites aceitáveis na interação entre familiares-crianças e relações sexuais entre adultos, adolescentes e crianças. Este instrumento visava refletir as crenças e atitudes dos profissionais, como ponto de partida para a adaptação e implementação de um programa de formação: <i>International Training Project Initiative (ITPI)</i>, financiado pela <i>International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)</i>, adaptado à realidade das comunidades brasileiras. Os dados obtidos receberam um tratamento estatístico.</p>	<p>As crenças e atitudes dos vários profissionais limitavam a sua forma de agir na prevenção ativa dos maus-tratos infantis. A evidência revelou profissionais com deficiente conhecimento do protocolo a adotar na sinalização de casos de risco e/ou perigo. Foi demonstrada ainda a ausência de confiança nos recursos e eficácia da intervenção das autoridades e a preocupação com os riscos da denúncia para a criança e para o próprio profissional que realizou a sinalização. Para que ocorra uma intervenção na proteção da criança, é necessária a atuação por uma equipa multiprofissional nos três níveis de prevenção dos maus-tratos. A eficácia dessa prevenção depende da aposta feita na formação profissional, e na desconstrução das percepções e conceitos enraizados nos formandos. Constatou-se a necessidade de uma formação tripartida, de sensibilização, capacitação e <i>"trabalho de rede"</i> (em equipa e intersectorial) administrada aos profissionais.</p>	Quantitativo.
<p>REYNOLDS & ROBERTSON; <i>"School-Based Early Intervention and Later Child Maltreatment in the Chicago Longitudinal Study"</i>.</p> <p>2003; Child Development (EUA).</p>	<p>1 408 Crianças de famílias com fracos recursos sócio-económicos, com idade igual ou superior a dez anos, residentes em Chicago, desde 1990.</p>	<p>Foi realizado um estudo longitudinal na região de Chicago, com o objetivo de estudar os efeitos dos <i>"Child-Parent Centers"</i> (CPC) na redução da incidência de maus-tratos infantis. Este programa proporcionava apoio escolar e familiar a crianças desde o pré-escolar (três anos de idade) até à terceira classe (nove anos de idade). O CPC era um programa direcionado para a parceria entre família-escola na eventual redução e prevenção de comportamentos de risco e/ou de perigo de maus-tratos à criança. Proporcionava o apoio necessário à criança/família nos períodos críticos de transição escolar. Permitindo que a família mobiliza-se os recursos e aptências necessárias para satisfazer as necessidades educativas e sociais dos filhos/as. Proporcionava ainda alimentação e cuidados de saúde, nomeadamente ao nível de enfermagem. Ajudava os pais a compreenderem-se a si mesmos, a participarem na educação dos</p>	<p>Os dados demonstraram que a intervenção de um programa (CPC), de forma precoce em crianças em idade pré-escolar está associada a uma redução na incidência de casos de maus-tratos registados nos tribunais e no Departamento de Proteção da Criança. A participação no processo educativo da criança, traduz-se numa redução do stress parental, e consequentemente na prevenção de comportamentos familiares disfuncionais e situações de risco para o menor. As mudanças associadas à entrada da criança no contexto escolar podem constituir fatores de stress adicionais aos pais com eventual aumento do risco de maus tratos. Ajudando os pais a lidar com esse processo de transição e capacitando-os a participar ativamente na educação da criança, são ações que promovem a prevenção de situações de risco familiar.</p>	Quasi-experimental.

		<p>filhos em casa, a adquirirem práticas parentais adequadas e conhecerem aspetos relacionados com o desenvolvimento e crescimento esperado do menor. Foi usada a estatística como forma de análise e apresentação dos dados obtidos.</p>		
<p>HAGGMAN-LAITILA [et al.]; <i>"Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention"</i>.</p> <p>2010; Journal of Clinical Nursing (Finlândia).</p>	<p>30 Famílias (ao todos foram abrangidas 129 pessoas: 71 crianças, 30 mães e 28 pais), residentes em dois municípios da Finlândia.</p>	<p>O estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da intervenção dos enfermeiros nos ganhos em saúde das famílias.</p> <p>A ação dos enfermeiros na capacitação familiar visava essencialmente fornecer suporte às famílias com maiores dificuldades de satisfazerem por si próprias as suas necessidades, mesmo tendo o auxílio de outros serviços locais (clínicas, centros de saúde, hospitais, etc.).</p> <p>Era desta forma, elaborado um plano de cuidados da família em comum acordo entre o agregado familiar e os enfermeiros. Partindo das necessidades identificadas pela própria família estabelecia-se um plano de ação, no que dizia respeito ao tipo de apoio e número de consultas que achavam necessárias à concretização dos objetivos definidos.</p> <p>Os dados relativos aos cuidados de enfermagem foram colhidos através da consulta de planos de cuidados e de registos de consultas de enfermagem realizadas às famílias entre o ano de 2004 e 2005. Foi ainda aplicado um questionário de perguntas de resposta aberta às famílias.</p> <p>A sua análise foi inicialmente de natureza qualitativa (análise de conteúdo) e posteriormente quantitativa com apresentação estatística.</p>	<p>Na sua maioria a intervenção do enfermeiro decorreu no contexto doméstico (81%).</p> <p>A evidência registou a eficácia da intervenção do enfermeiro, através da melhoria nos contextos familiares, no que diz respeito à: redução das necessidades de apoio dos agregados, redução da necessidade de apoio parental, melhor capacidade em cuidar dos filhos/as, aumento da saúde e bem-estar das crianças e pais, melhoria na relação do casal e capacidade aumentada no uso dos recursos sociais. As mudanças positivas que ocorreram nestas áreas tiveram a sua influência indireta mas positiva na estabilidade e situação financeira dos agregados.</p> <p>A intervenção do enfermeiro garante o suporte às famílias e a satisfação das suas necessidades.</p> <p>Quando a família está envolvida na negociação dos cuidados é evidente a concretização dos objetivos definidos, assim como, o empoderamento e os ganhos em saúde de todos os elementos do agregado (crianças e adultos).</p> <p>O fortalecimento das competências parentais vai estimular não só a segurança nos cuidados à criança, melhorando a dinâmica pais-filhos, mas também a dinâmica no casal.</p>	<p>Qualitativo e quantitativo.</p>
<p>LEPISTÖ [et al.]; <i>"Adolescents' experiences of coping with domestic violence"</i>.</p> <p>2010; Journal of Advanced Nursing (Inglaterra).</p>	<p>1 393 Adolescentes de um município da Finlândia, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, a frequentar o nono ano de escolaridade.</p>	<p>O estudo tinha como objetivo, estudar as experiências de violência doméstica de jovens (entre os 14 -17 anos), e identificar os fatores de relação entre a violência doméstica e as formas de coping dos adolescentes.</p> <p>Foi aplicado um questionário, à população alvo, em 2007, com o emprego de duas escalas validadas e de resposta fechada: <i>"Violence Scale"</i> e <i>"Adolescent Coping Scale"</i>.</p> <p>O questionário de preenchimento voluntário, foi aplicado no final de uma aula curricular, tendo sido distribuído pelo professor.</p> <p>Foi empregue o programa SPSS para tratamento estatístico dos dados obtidos.</p>	<p>A maioria dos adolescentes revelou ter assistido a situações de violência doméstica. A evidência demonstrou ainda, que aqueles que eram alvo desse tipo de violência tinham tendência a exibir frequentemente sintomas de depressão, ansiedade, ideação suicida, e outras alterações comportamentais, faltas escolares, violência, delinquência e comportamentos de risco.</p> <p>As estratégias de coping usada pelos adolescentes para lidar com a violência doméstica são muito variadas, revelando tendência a não procurar ajuda ou apoio quer dos pares ou dos profissionais. Esta situação deve-se habitualmente ao seu sentimento de vergonha em relação à violência de que eram testemunhas.</p> <p>O conhecimento sobre a forma como os adolescentes lidam com os fatores de stress, nomeadamente a violência doméstica, são imprescindíveis numa atuação eficaz do enfermeiro, junto dos jovens. Esse conhecimento é útil no desenvolvimento de intervenções mais ativas e eficazes na identificação, na proteção e na prevenção de maus tratos. É necessária a adoção de uma vertente holística nos cuidados, reconhecendo os fatores de risco da família e trabalhando os fatores que conferem proteção familiar aos jovens.</p>	<p>Quantitativo.</p>
<p>KELLEHER [et al.]; <i>"Compulsory participation in a child protection and family enhancement program: Mothers' experiences"</i>.</p> <p>2012, Contemporary Nurse (Austrália).</p>	<p>Seis famílias australianas (duas referenciadas pelo tribunal e quatro pela comissão de proteção de menores). Englobadas num programa de prevenção terciária de maus-tratos.</p>	<p>O estudo tinha como objetivo avaliar as experiências de mães submetidas a um programa de capacitação parental. Visava uma intervenção a nível da prevenção terciária em situações de crianças (até aos cinco anos de idade) sinalizadas à comissão de proteção de menores, por fatores parentais de risco e/ou perigo.</p> <p>O programa destinava-se assim a oferecer suporte emocional e promover o desenvolvimento infantil nas crianças vítimas de maus-tratos. Os pais eram estimulados a participar em atividades de grupo, a desenvolver as suas competências e assumirem a responsabilidade de cuidar de</p>	<p>A análise de conteúdo resultante da entrevista, salientou diferentes perspetivas das mães relativamente ao programa de intervenção terciária, destacando-se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>"É um bom local para se estar"</i>, manifestando uma perceção positiva em relação à integração social que o programa lhes proporciona (amizades criadas entre pais participantes e interação positiva com os profissionais); 2. <i>"Aprender tudo sobre crianças"</i>, na medida em que desenvolveram recursos que lhes permitiriam cuidar dos 	<p>Qualitativo.</p>

		<p>forma adequada os seus filhos. O estudo foi realizado por meio da aplicação de uma entrevista (com 60 a 90 minutos de duração) de resposta aberta.</p> <p><i>"Como é que descreveria a sua experiência de participar neste programa?"</i> foi a pergunta de partida para os relatos das participantes.</p> <p>Os resultados obtidos foram tratados por meio da análise de conteúdo dos relatos.</p>	<p>filhos de forma competente (aprender a brincar com os filhos, preparar refeições, forma de lidar com as crianças que apresentam alterações comportamentais);</p> <p>3. <i>"Eles estão lá para me apoiar"</i>, o programa foi visto pelas mães, como uma fonte de apoio e de suporte na resolução dos seus problemas familiares;</p> <p>4. <i>"Eu sou uma boa mãe"</i>, revelou a dicotomia entre a sensação de segurança no relacionamento com os profissionais e a sensação negativa de estarem a ser alvo de avaliação profissional pela sua capacidade parental.</p> <p>Surge de uma forma geral pelas mães, o sentimento de segurança, respeito e empatia, independentemente das circunstâncias sociais de cada uma.</p> <p>O sucesso de uma relação terapêutica entre enfermeiro-família, promove a adesão e o envolvimento dos pais no programa de prevenção terciária (imposto) fundamentais à proteção da criança maltratada. É fundamental a correta sinalização da criança em risco/perigo, pois situações alvo de sinalização estão inevitavelmente associadas a um aumento dos níveis de stress parental e infantil.</p>	
<p>SUNDELIN [et al.]; <i>"Child health services in transition: I.Theories, methods and launching"</i>;</p> <p>2005; Acta Paediatrica (Suécia).</p>	<p>1 488 Crianças, 1 358 mães e 41 enfermeiras. Implicou a existência de dois grupos: um grupo experimental (18 centros de saúde para crianças e 20 enfermeiras gestoras dos centros) e um grupo de controlo (18 centros e 21 enfermeiras) de zonas socio-demográficas semelhantes da Suécia. Crianças do grupo experimental: nascidas nas zonas de abrangência dos centros que completassem os 18 meses de idade entre março de 2002 e fevereiro de 2013 (nascidas entre setembro de 2000 e agosto de 2001). Crianças do grupo de controlo: nascidas na zona de abrangência dos centros, entre os meses de abril de 2003 e março de 2004.</p>	<p>O estudo teve como objetivo avaliar a eficácia das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro especialista no programa <i>"Swedish Child Health Services"</i> (CHS). Este programa destinava-se ao acompanhamento de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 meses. Eram desenvolvidas intervenções relacionadas com a promoção da vinculação, comunicação, linguagem, fatores protetores, redes de suporte social, depressão pós-parto, resolução de problemas psicossociais, problemas motores, prematuridade e baixo peso. Englobando ainda um sistema individualizado de cuidados de saúde dos agregados e ações especificamente dirigidas a famílias imigrantes e refugiadas. Em 2002 as enfermeiras referentes ao grupo experimental receberam formação para posterior aplicação do CHS na sua prática (que ocorreu no ano de 2003). As enfermeiras pertencentes ao grupo de controlo não receberam essa formação.</p> <p>Aos 18 meses de idade do filho era aplicado à mãe um questionário, assim como à enfermeira responsável pelos cuidados. Foram ainda recolhidos dados do processo clínico e dos registos de enfermagem, das crianças envolvidas no estudo. Os dados obtidos foram tratados com recurso à estatística.</p>	<p>A evidência demonstra que as famílias alvo da intervenção do enfermeiro, que recebeu formação específica, revelam: melhor interação e comunicação pais-filhos; desenvolvimento precoce da linguagem na criança; diminuição de alterações comportamentais nos filhos; participação ativa nas ações de educação para pais; maior e melhor utilização dos recursos sociais disponíveis; identificação precoce e tratamento da depressão pós-parto; diminuição do stress parental; diminuição das dificuldades de comunicação; e intervenção precoce nas crianças com baixo peso ao nascer.</p>	Quasi-experimental.
<p>HENRY [et al.]; <i>"Health education for nurses in Japan to combat child abuse"</i>.</p> <p>2003; Nursing and Health Sciences (Japão).</p>	<p>234 Profissionais (enfermeiros, professores da faculdade de enfermagem, professores primários e educadores de infância) e estudantes.</p>	<p>Foi aplicado um questionário aos participantes de um curso subordinado à temática dos maus-tratos infantis.</p> <p>O questionário, nomeado como, <i>Child Abuse Action Survey</i>, foi aplicado aos participantes no final do programa, num tempo máximo de preenchimento entre cinco a dez minutos. Pretendia avaliar a eficácia da abordagem do tema. As respostas fechadas serviriam para demonstrar o nível de conhecimentos adquiridos pelos participantes, avaliadas pelo próprio numa escala de um (discordância total) a sete (concordância total).</p>	<p>O programa de sensibilização sobre maus-tratos infantis, revelou ter sido bem sucedido, uma vez que os participantes manifestaram conhecimentos acrescidos nas áreas de identificação, diagnóstico, tratamento, avaliação e intervenção multidisciplinar.</p> <p>Foi reconhecida a importância da inclusão da temática, na formação base dos enfermeiros. Assim como salientada a necessidade de prevenção pública e divulgação de informação nas comunidades e escolas.</p>	Quantitativo.
<p>KALNINS; <i>"Latvian community nurses practising in</i></p>	<p>17 Enfermeiras que exerciam funções em cinco clínicas da</p>	<p>O estudo visava compreender a experiência das enfermeiras no acompanhamento de crianças em</p>	<p>Verificou-se a emergência de três temas principais: o impacto negativo da mudança e deslocação dos</p>	Fenomenológico.

<p><i>a time of turmoil: a thin line of defence for children at risk".</i></p> <p>2002; International Nursing Review (EUA).</p>	<p>comunidade de Latvia.</p>	<p>contexto de visita domiciliária, dez anos após o colapso da União Soviética.</p> <p>Prentendia-se assim obter a perspetiva das enfermeiras no que diz respeito aos cuidados e resposta às necessidades das famílias vulneráveis.</p> <p>Foi empregue a entrevista audiogravada, individual (n=17) e em grupo (n=5), como forma de colher os dados. Os autores do estudo recorreram ainda à observação <i>in loco</i> das visitas domiciliárias (n=56) realizadas pelas enfermeiras. Essas visitas consistiram em visitas de rotina a recém-nascidos, ou visitas com o objetivo de acompanhar a criança por necessidades específicas.</p> <p>Após a sua realização a enfermeira era questionada quanto ao seu julgamento e percepção da situação da criança e o tipo de intervenções planeadas.</p> <p>Os dados foram colhidos ao longo de três meses do ano de 1999.</p> <p>Surgiram assim as narrativas transcritas para suporte papel.</p>	<p>utentes e dos enfermeiros; a avaliação do grau de risco para a criança e a necessidade de estabelecimento de prioridades de intervenção; e o impacto emocional ("burden") nos enfermeiros por cuidarem de crianças cada vez mais vulneráveis.</p> <p>Emergiu a preocupação das enfermeiras na identificação do grau de risco da criança/família, uma vez que tal determinaria a sua necessidade de acompanhamento e proporcionalmente a frequência com que eram realizadas as visitas domiciliárias. Ou seja, quanto maior o risco/perigo para a criança, maior o número de visitas empreendidas.</p> <p>A abordagem das enfermeiras às famílias dependia do grau de risco detetado. As famílias de baixo risco, proporcionavam oportunidade de ações de capacitação familiar e empoderamento. Nas famílias de maior risco, dada a habitual hostilidade para com os profissionais, era adotada uma postura autoritária e persuasiva, pela natureza evidente do risco e/ou a presença de perigo real para a criança. Desta forma, a postura dos enfermeiros visa a assunção da sua responsabilidade e do seu dever de proteção infantil.</p> <p>Este estudo evidencia a importância da intervenção do enfermeiro no conhecimento e acompanhamento infantil tendo em conta o contexto familiar e social em que a criança se insere. Acentua-se o facto de que alterações das circunstâncias sociais implicam alterações das circunstâncias familiares, a uma redefinição de papéis no agregado e consequentemente a riscos acrescidos para as crianças. Tal situação, tem impacto nos cuidados de enfermagem, pois é necessária uma adaptação dos cuidados, tendo em conta as mudanças que ocorrem nos contextos familiares e sociais.</p> <p>É a natureza da relação que a enfermeira desenvolve com a família que lhe permite atuar com segurança na identificação do risco e/ou perigo e no tipo de ação interventiva necessária (vigilância das circunstâncias familiares ou mobilização dos recursos sociais necessários para remoção da criança do ambiente familiar perigoso).</p> <p>A proximidade relacional inerente ao trabalho desenvolvido na comunidade, é percebido pelas enfermeiras como emocionalmente esgotante quando lidam com situações complexas de abuso e negligência infantil e famílias problemáticas. Encontram, no entanto, algum suporte na partilha e discussão de experiências com a equipa multidisciplinar (outros enfermeiros, médicos ou assistentes sociais).</p>	
<p>DAVIDSON-ARAD [et al.]</p> <p><i>"Distinguishing neglect from abuse and accident: analysis of the case files of a hospital child protection team in Israel".</i></p> <p>2010; Health and Social Care in the Community (Israel).</p>	<p>414 Crianças que foram atendidas num hospital de Israel, entre o ano de 1991 e 2006, pela equipa de proteção de menores.</p>	<p>O estudo teve como objetivo estabelecer uma comparação entre a assistência hospitalar a crianças negligenciadas, vítimas de violência física ou com lesões acidentais, pela equipa de proteção de menores. Incidiu nos aspetos que fazem distinguir e identificar as situações de negligência, das de mau-trato físico e acidentais.</p> <p>Foram ainda investigadas as ações adotadas, pela equipa hospitalar de proteção de menores, nas diferentes situações identificadas.</p> <p>A equipa de intervenção na proteção era uma equipa multidisciplinar, da qual faziam parte, entre outros, enfermeiros, médicos e assistentes sociais.</p> <p>Os dados para o estudo foram obtidos por meio de consulta do processo clínico dos menores, quanto às características da criança, características dos pais e aspetos referentes ao episódio de urgência hospitalar. Posteriormente os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico.</p>	<p>Através do estudo realizado pôde-se concluir que a maioria das situações atendidas pela equipa hospitalar de proteção de menores era referente a situações acidentais (54,8%), de negligência (31,4%) e por último de maus-tratos físicos (13%). Os rapazes eram o grupo com maior incidência (54,8%), com idades compreendidas entre alguns dias de vida e os 9 anos de idade.</p> <p>Eram evidentes características psicossociais próprias que distinguem as crianças maltratadas e família, das crianças vítimas de lesões acidentais e respetivas famílias.</p> <p>Nas crianças maltratadas verificou-se maior susceptibilidade para a apresentação de problemas de saúde e atrasos no seu normal desenvolvimento. Maior era a probabilidade de estarem referenciadas a serviços de apoio social ou seguimento em consultas de psicologia. A pobreza e o desemprego eram fatores mais prevalentes em contextos de crianças vítimas de maus-tratos (negligência ou violência</p>	<p>Quantitativo.</p>

			<p>física). Os pais manifestavam mais problemas de saúde ou necessidades de acompanhamento psicológico.</p> <p>Todos estes fatores foram identificados como de risco e impeditivos de um exercício parental competente.</p> <p>Confirmando o que foi anteriormente obtido, os registos da equipa hospitalar de proteção de menores, revelaram maior ocorrência de comportamentos desviantes quer nas crianças quer nos pais de crianças negligenciadas e/ou vítimas de agressão física.</p> <p>No que se refere à distinção da assistência, verificou-se o encaminhamento para consultas de psicologia de maior número de crianças que sofreram violência física comparativamente com as crianças negligenciadas. Estes dados alertam para a desvalorização pelos profissionais, dos efeitos negativos da negligência no desenvolvimento físico e psicológico dos menores.</p> <p>Na maioria das situações identificadas como negligência, as mães eram habitualmente assumidas, pelos profissionais, como sendo as principais responsáveis. Tal situação, não se verificava em crianças vítimas de violência física.</p> <p>Conclui-se a dificuldade em detetar e distinguir os casos de negligência infantil, em contexto hospitalar.</p> <p>A existência de uma curta janela de tempo para observação da criança nas urgências, assim como a subjetividade no julgamento são fatores que comprometem a eficácia na identificação de situações de risco e/ou perigo de maus-tratos.</p>	
<p>BERLIN [et al.]; <i>"Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention"</i>.</p> <p>2011; Child Development (EUA).</p>	<p>499 Mães e respetivos filhos até aos dois anos de idade.</p>	<p>Foi realizada na comunidade alvo, um estudo onde se pretendeu identificar a relação entre os maus-tratos sofridos pelas mães durante a infância e o risco de maus-tratos dos seus próprios filhos.</p> <p>Por outro lado, visava-se a associação entre a manifestação do comportamento maltratante e a existência de determinados fatores maternos: problemas de saúde mental, isolamento social e padrões de comportamento socialmente adquiridos.</p> <p>A população abrangida no estudo foi selecionada durante a gravidez, em serviços de atendimento a grávidas e por resposta ao anúncio publicitário do estudo.</p> <p>Sendo prospetivo e longitudinal, foram aplicados questionários, de resposta fechada, às mães durante a segunda metade da gravidez e posteriormente foram consultados os registos dos serviços de proteção de menores, sete anos após o nascimento da criança.</p> <p>O questionário englobava a resposta a aspetos como: identificação étnica, história pessoal de maus-tratos (com base na escala <i>"Parent-Child Conflict Tactics Scale"</i>), problemas de saúde mental (adaptado do <i>"Composite International Diagnostic Interview Short Form"</i>), e padrões sociais de comportamento.</p> <p>Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico.</p>	<p>A evidência demonstrou a existência de uma ligação direta entre o comportamento maltratante das mães e os maus-tratos de que foram vítimas na sua infância.</p> <p>Ou seja, foi constatada a grande probabilidade das mães que foram vítimas, perpetuarem o comportamento maltratante de que foram alvo na infância, nos seus filhos. Tal situação, verificou-se estar presente ainda antes do menor atingir os 26 meses de vida.</p> <p>Os problemas de saúde mentais, isolamento social e padrões de comportamento socialmente adquiridos (como sejam a agressividade e a hostilidade), foram fatores identificados como responsáveis pela manifestação do comportamento maltratante das mães.</p> <p>Nesta medida, provou-se que a criança maltratada tem tendência a adotar um comportamento agressivo nas suas respostas, o que consequentemente conduz ao isolamento social e futuramente à manifestação de comportamento maltratante enquanto mãe.</p> <p>Desta forma, é imprescindível na prevenção dos maus-tratos infantis, que os enfermeiros reconheçam o risco inerente à existência de mães com história de abuso ou negligência durante a própria infância. As intervenções devem dirigir-se não só em mediar o comportamento agressivo e a deficiente vinculação das mães com os seus filhos, como também em proporcionar uma rede de suporte e de integração social.</p>	<p>Quantitativo.</p>

Tabela 4 - Síntese dos artigos selecionados, segundo a metodologia PIOD.

1.2.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados

Após a análise crítica dos estudos selecionados quanto à credibilidade e à relevância, surgiram estudos de diferentes abordagens, destacando-se a abordagem quantitativa como sendo a

mais frequente (n=9), seguida das quasi-experimentais (n=2), estudos fenomenológicos (n=1), qualitativos (n=1) e de abordagem mista qualitativo e quantitativo (n=1).

Contatou-se uma preocupação na última década na publicação anual de artigos científicos referentes a medidas de prevenção, de enfermagem, do mau-trato infantil. O ano de 2010 foi o de maior relevância em termos de produção, uma vez que registou a publicação de três estudos (21%). Seguiu-se o ano de 2003 com a saída de dois artigos (14%). As únicas exceções foram 2004 e 2008 por não apresentarem qualquer estudo endereçado a esta problemática.

No que concerne ao país, constatou-se que foi nos Estados Unidos da América que houve maior produção de evidências valiosas para o presente trabalho (seis artigos correspondentes a cerca de 43%), sendo precedido pela Austrália (n=2) numa percentagem de (14%), seguida da Inglaterra (n=1), Espanha (n=1), Finlândia (n=1), Suécia (n=1), Japão (n=1) e Israel (n=1) com 7% cada. Esta distribuição evidencia a preocupação mundial dos enfermeiros, no que diz respeito à proteção da criança contra os maus-tratos.

O número de participantes nos estudos foi muito variável, situando-se entre 6 a 13 560. Tal fator, deveu-se não só à aplicação de estudos a pequenos grupos participantes e delimitados a um curto período de tempo, mas também a comunidades inteiras sujeitas a estudos longitudinais, com uma duração máxima de 7 anos (BERLIN [et al.], 2011). Surgiram como alvo, não só crianças (dos 0 aos 18 anos de idade), como também mães, famílias ou enfermeiros isoladamente ou em coordenação com profissionais de diferentes áreas (nomeadamente educativa e assistência social).

Todos os trabalhos incluídos, neste estudo, respondem, de alguma forma, à questão inicial: *“Quais as intervenções de enfermagem que promovem a transição para o exercício do papel parental, na proteção e prevenção do risco e/ou perigo na criança?”*. Os resultados que deles emergem evidenciam intervenções do enfermeiro fundamentais à eliminação do risco e/ou perigo de maus-tratos infantis, pelos pais.

1.2.2.1 Consequências dos maus-tratos

A presente revisão sistemática da literatura permitiu identificar não só através do estudo longitudinal apresentado por BERLIN [et al.] (2011) como pelo estudo de TAYLOR (2003) que a ocorrência de fatores de risco tem evidentes consequências no bem-estar da criança, com repercussões a nível físico, emocional, relacional, e social. O primeiro estudo identifica esses fatores de risco como sendo de origem materna (história de violência infantil nas mães), o segundo por fatores relacionados com um exercício deficiente da parentalidade, características individuais da criança, características individuais da família e fatores sociais (pobreza e desemprego). KALNINS (2002) salienta ainda a vulnerabilidade infantil em comunidades e sociedades que sofrem mudanças estruturais, como é o caso do impacto sofrido pelas famílias/crianças que viviam na União Soviética e se viram obrigadas à adaptação a uma nova realidade após o seu colapso.

Todos estes fatores são de risco, na medida em que implicam mudanças e exercem um stress adicional no agregado, sendo eventuais potenciadores de comportamentos negligentes na satisfação das necessidades básicas da criança, e podendo ainda ser geradores de comportamentos agressivos e violentos pelos pais.

Um historial de violência no menor remete para alterações no seu desenvolvimento e comportamento, durante a infância, como refere DAVIDSON-ARAD [et al.] (2010) por maior susceptibilidade às doenças, compromissos no seu desenvolvimento físico, emocional e vinculação afetiva. As repercussões remetem-se para o período da adolescência com manifestação de sintomas de depressão, ansiedade, ideação suicida, faltas escolares, e comportamentos de risco e/ou desviantes, como salienta LEPISTÖ [et al.] (2010). A violência de que foram alvo enquanto crianças, surge de forma inevitável também na vida adulta (BERLIN [et al.] 2011) pela perpetuação de comportamentos como o isolamento social, a incapacidade de mobilização própria dos seus recursos internos e externos, a incapacidade de estabelecimento de relações duradouras e a deficiente vinculação com os filhos. A perpetuação intergeracional do comportamento abusivo é assim confirmada, num ciclo maltratante continuado.

1.2.2.2 Caraterísticas das intervenções de enfermagem

Todos os estudos demonstraram evidência empírica da ação preventiva do enfermeiro aplicada numa grande variedade de contextos, nomeadamente no contexto domiciliário, centros clínicos, escolas e hospitais. Todas as intervenções são adaptadas e individualizadas às caraterísticas e necessidades das crianças, famílias e comunidades em que os profissionais intervêm.

Assumiram-se os pais como os principais cuidadores dos filhos, e principais responsáveis na satisfação das necessidades físicas, emocionais, relacionais e sociais, dos descendentes.

Os estudos refletem assim a elaboração de um plano de cuidados estruturado para corresponder às necessidades de bem-estar da criança, que na sua maioria são direcionados para a promoção do exercício parental competente. Uma vez que, os comportamentos e atitudes parentais quando deficitários ou inexistentes, se refletem inevitavelmente em riscos e/ou perigos para o menor.

Com o objetivo de diminuir a ocorrência de fatores de risco e/ou perigo, foram desenvolvidos programas de ação aos vários níveis de prevenção dos maus-tratos: primário (prevenção do surgimento de fatores de risco), secundário (intervenção sobre os riscos efetivamente presentes) e terciário (intervenção sobre situações de crianças que estão em perigo por serem alvo de alguma forma de mau-trato).

Foi evidente um maior número de estudos publicados no que diz respeito a programas de prevenção secundária (OLDS, 2012; PRINZ [et al.], 2009; BANWELL [et al.], 2002; REYNOLDS e ROBERTSON, 2003; SUNDELIN [et al.], 2005; KALNINS, 2002), comparativamente à prevenção primária (PRINZ [et al.], 2009; HÄGGMAN-LAITILA [et al.], 2010) e terciária (KELLEHER [et al.], 2012; DAVIDSON-ARAD [et al.], 2010).

A proximidade do enfermeiro e o conhecimento que detém, resultado do longo relacionamento com as famílias e as comunidades em que se insere, fizeram deste profissional um elemento chave na execução desses programas. Destacam-se o “*Nurse Family Partnership*” (NFP) em Espanha (OLDS, 2012), o “*Positive Parenting Program*” (Triple P) nos EUA (PRINZ [et al.], 2009), o “*Canberra-based Parents’ and Children’s*” (PACCs) na Austrália (BANWELL [et al.], 2002), o “*Child-Parent Centers*” (CPC) nos EUA (REYNOLDS e ROBERTSON, 2003), e o “*Swedish Child Health Services*” (CHS) na Suécia (SUNDELIN [et al.], 2005). Em cada um deles, o enfermeiro assume apoiar a transição de um comportamento parental de risco para um exercício parental efetivo e competente.

O NFP consistia num programa de visita domiciliária que promovia o desenvolvimento infantil pela capacitação dos pais na deteção precoce de sinais de doença no filho, formas de interação/vinculação entre pais-criança e ensino sobre aspetos relacionados com o desenvolvimento normal e adequado do menor (OLDS, 2012).

O “*Triple P*” apresentava uma vertente mais global e multisetorial com ações a nível da população de promoção de uma parentalidade positiva. Por meio de intervenção no domicílio ou em instalações da comunidade, eram geradas oportunidades de acompanhamento, de realização de consultas com pais e seminários destinados a trabalhar a sua confiança, as suas competências, e a gestão de comportamentos, por vezes disfuncionais, dos seus filhos (PRINZ [et al.], 2009).

O PACCs (BANWELL [et al.], 2002), decorria em clínicas designadas para o efeito, com consultas de vigilância de saúde da criança, alimentação, atividades de interação grupal (entre pais e crianças) e ações de ensino aos pais (doenças infetocontagiosas, estratégias de comunicação, e competências parentais).

O CPC proporcionava apoio domiciliário sendo, no entanto, a escola, o principal contexto de intervenção. Destinava-se a oferecer apoio escolar às crianças, estimular os pais a participarem ativamente na educação dos filhos e ajudar a família na adaptação à transição escolar dos menores. Eram realizadas reuniões de acompanhamento dos pais em salas da escola ou em outras instalações da comunidade, onde eram divulgados conhecimentos sobre a forma competente de cuidar das crianças, a forma de contribuírem na educação dos filhos, e os recursos sociais de apoio disponíveis à família (REYNOLDS e ROBERTSON, 2003).

O “*Swedish Child Health Services*” (SUNDELIN [et al.], 2005), era um programa que providenciava visitas domiciliárias por enfermeiros especialistas, que forneciam apoio na promoção da vinculação, comunicação entre pais-filhos, desenvolvimento precoce da linguagem no menor, mobilização das redes de apoio sociais necessárias à família, identificação e acompanhamento da depressão materna pós-parto, e apoio em problemas específicos da criança (como sejam o baixo peso ao nascer, prematuridade, e atraso no desenvolvimento psico-motor).

Os estudos, demonstram a versatilidade da atuação do enfermeiro, que recorre maioritariamente ao contexto domiciliário da criança (KALNINS, 2002; SUNDELIN [et al.], 2005; PRINZ [et al.], 2009; HÄGGMAN-LAITILA [et al.], 2010; OLDS, 2012), para intervir diretamente

sobre o ambiente familiar onde o menor cresce. Procura, no entanto, também oportunidades de intervenção individual e grupal, em outros contextos onde a criança/pais se movem, como sejam o infantário, escola (REYNOLDS e ROBERTSON, 2003), clínicas (BANWELL [et al.], 2002; KELLEHER [et al.], 2012) e hospitais (DAVIDSON-ARAD [et al.], 2010).

Os estudos revelam de uma forma geral uma abordagem preventiva, com base numa intervenção familiar, culturalmente sensível, e que procura o empoderamento dos pais no cuidar adequado dos seus filhos. Observou-se que o estabelecimento de uma parceria e de uma relação terapêutica, baseada na ajuda, empatia e confiança entre enfermeiros-pais, como fundamental para a eficácia da intervenção e conseqüentemente da proteção da criança (KELLEHER [et al.], 2012; KALNINS, 2002). É salvaguardada, no entanto, a necessidade de uma intervenção mandatária e autoritária quando se deteta uma situação de perigo evidente, para o menor (KALNINS 2002).

O enfermeiro de forma individual ou em articulação com profissionais de outras áreas relacionadas com a infância (como por exemplo, médicos, assistentes sociais, professores, educadores de infância e elementos chave das comunidades) procurou de forma direta ou indireta atuar sobre os fatores de risco para o menor. Destacaram-se a baixa condição socio-económica familiar (OLDS, 2012; REYNOLDS e ROBERTSON, 2003), parentalidade precoce (OLDS, 2012), competências parentais deficientes (TAYLOR, 2003), antecedentes parentais de toxicodependência (BANWELL [et al.], 2002), antecedentes maternos infantis de maus-tratos (BERLIN [et al.] 2011), violência doméstica (LEPISTÖ [et al.], 2010), antecedentes de maus-tratos infantis (KELLEHER, 2012), isolamento social (BERLIN [et al.], 2011), mudanças estruturais na comunidade da criança/família (KALNINS, 2002), alterações do comportamento da criança (PRINZ [et al.], 2009), alterações do comportamento do adolescente (LEPISTÖ [et al.], 2010), entre outros.

Segundo a visão salutogénica de TAYLOR (2003), os enfermeiros são agentes essenciais na resistência geral contra os fatores descritos, colaboram na diminuição da tensão e stress que exercem sobre a criança/família, e conseqüentemente intervêm no desenvolvimento salutar do menor.

Os estudos apresentados eram orientados de uma forma geral para a prevenção de todas as formas de maus-tratos apresentando, no entanto, intervenção direta sobre a violência física e a negligência num contexto de ação terciária, nos trabalhos de DAVIDSON-ARAD [et al.] (2010) e KELLER [et al.] (2012). De destacar a coordenação com equipas de apoio às crianças e jovens em risco e a sua articulação com as comissões de proteção de menores, imprescindíveis na confirmação e adequado acompanhamento e/ou encaminhamento da criança (permanência na família de origem, institucionalização ou adoção).

A aposta no desenvolvimento de fatores de proteção contra os maus-tratos infantis, foi eficazmente aplicada pelo enfermeiro e de uma forma geral comprovada não só pela diminuição dos riscos/perigos a que objetivamente cada um dos estudos se propunha em termos familiares, como também pela redução de indicadores a nível populacional. Esta situação foi confirmada por PRINZ [et al.] (2009), numa redução da taxa de maus-tratos

infantis, do número de crianças institucionalizadas, do número de menores a cujos pais foi retirado o poder paternal, e do número de idas ao hospital e internamentos por maus-tratos infantis. Tal condição, é salientada ainda por REYNOLDS e ROBERTSON (2003), na redução do número de casos de maus-tratos registados nos tribunais e no Departamento de Proteção de Menores.

Uma visão informada e objetiva sobre as diferentes formas de maus-tratos é fundamental na correta identificação, diagnóstico, sinalização, acompanhamento e/ou encaminhamento da criança em risco e/ou em perigo. Estudos demonstraram que a segurança e a adequada intervenção do enfermeiro, nestes casos, depende da sua formação, não só pela disponibilização de conhecimentos e experiências no curso base de formação profissional (WAIBEL-DUNCAN, 2006; HENRY [et al.], 2003), como também pela sensibilização, capacitação e trabalho em equipa multidisciplinar, já enquanto profissional (LIDCHI, 2007). Ainda de acordo com o último autor, a eficácia da formação do enfermeiro, depende da desconstrução de perceções e pre-conceitos dos próprios formandos, uma vez que crenças e atitudes enraizadas são limitadoras da prevenção ativa dos maus-tratos infantis. Destaca-se a importância da formação, não só pela capacitação no reconhecimento de situações de risco e/ou perigo mas também pela concessão de recursos internos que ajudem os enfermeiros a lidar com o stress emocional (*“burden”*) decorrente do contato com situações complexas de menores maltratados (KALNINS, 2002). O seu sucesso revela-se na capacidade de manutenção de uma relação terapêutica com a criança-família na garantia máxima do bem-estar do menor (WAIBEL-DUNCAN, 2006).

A evidência demonstra assim, que a eficácia da prevenção está grandemente dependente da formação profissional e da intervenção precoce, e se traduz em ganhos em saúde (OLDS, 2012), não só para a criança, pais e família, como também para o próprio Estado (por redução do número de famílias que usufruem de apoios económicos, redução da criminalidade, e redução do recurso aos serviços de saúde por doença).

1.2.3 Considerações finais

Os resultados trazidos à luz pela presente revisão sistemática da literatura, evidenciaram o contributo dos enfermeiros na promoção da transição para o exercício do papel parental competente, e os seus benefícios na proteção e prevenção do risco e/ou perigo para a criança. São assim apresentadas evidências de programas implementados na última década e que contribuíram a favor da defesa dos valores e dos direitos da criança.

A intervenção aos três níveis de prevenção contribui não só para melhorar a qualidade de vida dos menores em risco como também beneficiar de forma mais alargada a sociedade. É não só necessária a disponibilização de recursos pessoais (motivação para intervir) e profissionais (formação e responsabilidade no agir), como também um investimento global a nível da formação e implementação de programas destinados a comunidades que reúnem maior grau de risco.

É importante criar oportunidades para a preparação e desenvolvimento de programas, culturalmente apoiados e baseados em factos e evidências científicas. Estes, assim como a adaptação às características específicas e individuais da população alvo são a garantia da eficácia de um plano de intervenção. É necessária ainda, a procura em estabelecer relações de parceria e colaboração intersetorial pois a prevenção dos maus-tratos é complexa e abrange a resposta a uma ampla variedade de necessidades. E no final, é imprescindível avaliar a eficácia dos programas, suas limitações, conhecer a perceção individual dos participantes (população alvo e enfermeiros) e aplicar os resultados que daí advirem, no aperfeiçoamento do saber-ser, saber-estar e saber-fazer na prática de salvaguardar as crianças em risco e/ou perigo.

1.3 A TEORIA TRANSACIONAL APLICADA NA PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS

A família, é segundo STANHOPE e LANCASTER (1999, p.493), parafraseando Johnson *“composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”*. Depreende-se, que a família constitui um grupo, que é composto por dois ou mais elementos onde cada um contribui de forma própria, encontrando-se empenhados e comprometidos numa interação e influência mútua, que gera respostas não só entre si mas também ao sistema mais geral (ambiente/comunidade/sociedade) em que se inserem.

Intimamente responsável por garantir as necessidades dos seus elementos, compete ao agregado familiar a garantia de condições adequadas ao desenvolvimento biológico, físico, psicológico e social das crianças (STANHOPE e LANCASTER 1999, p.496).

O ciclo de vida familiar, compreende estadios comuns e gerais da vida familiar, aos quais está inerente uma reorganização de papéis, e das tarefas dos seus elementos. Estes episódios são definidos como pontos de transição críticos. O nascimento e crescimento das crianças no agregado, são considerados como pontos de transição, e determinam alterações nas tarefas de desenvolvimento da família. Com o nascimento de um filho, ocorre inevitavelmente uma alteração de papéis, caso se trate do primogénito, o papel de marido/mulher altera-se para o de pai/mãe. Esta mudança implica o desenvolvimento de papéis parentais, a aceitação da dependência normal do RN e a necessidade de reajustamento dos membros do agregado.

No exercício de uma parentalidade efetiva, é exigido aos pais, segundo a definição CIPE@2 *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido numa unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (OE 2010, p.43).

A parentalidade é, desta forma, um processo que exige mudanças a todas as circunstâncias do ambiente, de modo a corresponder à satisfação das necessidades da criança. Exige por isso adaptações às transições que vão ocorrendo ao longo da vida familiar e ao longo do desenvolvimento e crescimento do menor.

É de salientar ainda que concomitantemente ao papel de cuidadores, os pais podem desempenhar simultaneamente outros papéis. Estes poderão modificar-se, decorrente de uma multiplicidade de fatores, não só associados ao ciclo de evolução natural da família, como também por outros (de nível individual, relacional, comunitário e social), que obrigam a adaptações e alterações do funcionamento e da estrutura do agregado. Carências socio-económicas ou divórcio do casal são dois exemplos de circunstâncias causadoras de tensão e que obrigam a processos de transição, no sentido da procura de uma nova estabilidade familiar.

A existência de vários fatores, que ao interagirem simultaneamente, sobre a família, e para os quais esta tem deficiente ou ausente capacidade de adaptação e resposta, tornam-se em fatores desencadeantes de stress e de desequilíbrio na dinâmica do agregado. Este desequilíbrio é propício ao surgimento de mudanças no relacionamento entre os elementos que constituem a família, com conseqüente surgimento de alterações no ambiente que poderá ser de risco e/ou perigo para o desenvolvimento da criança.

Este aspeto é reforçado pela DGS (2008) que identifica uma lista de fatores que são considerados potenciadores de maus-tratos infantis, como sejam os de: risco social e cultural; os relacionados com a dinâmica familiar e institucional; os individuais do cuidador; e os individuais da criança.

A evidência estabelece que défices nos aspetos identificados podem constituir focos de tensão e stress familiares, que se poderão refletir no desenvolvimento salutar do menor.

A deficiente capacidade ou ausência de recursos (internos e externos) do agregado familiar, poderão comprometer a capacidade de reação a esses fatores e conseqüentemente a uma incapacidade de transição para uma situação familiar que lhe dê uma resposta adequada.

Nesta linha de pensamento, a transição é um conceito central na disciplina de enfermagem “*o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde – doença (cliente), que se insere num contexto sociocultural (ambiente) que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição (transição). As interações enfermeiro – cliente organizam-se em torno de um objectivo (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística) e o enfermeiro usa alguma acção (terapêutica em cuidados de enfermagem) para melhorar, facilitar ou promover a saúde*” (MELEIS 1997, p. 106).

Estabelecendo o paralelismo com o que o autor refere, cabe ao enfermeiro estar atento à necessidade de acompanhamento e ajuda nas transições familiares imprescindíveis na resposta de cuidar da criança. A existência de fatores individuais do menor, da família, e da comunidade em que se inserem, podem constituir-se como de risco ou fortalecedores do exercício parental competente.

De acordo, com a evidência demonstrada por TAYLOR (2003), os enfermeiros são elementos essenciais na equipa multidisciplinar, uma vez que se constituem como elementos de resistência geral contra os agentes stressores agindo de forma a reforçar os fatores que protegem o bem-estar infantil.

A intervenção do enfermeiro (“*nursing intervention*”) surge, desta forma, como imprescindível para ajudar os pais a desenvolverem as respostas necessárias à aquisição de um novo equilíbrio e ao exercício de uma parentalidade competente.

2 COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO PERCURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Na busca dos cuidados de excelência à criança, é necessário que o enfermeiro invista na aquisição de competências que o capacitem para intervir com qualidade junto do utente pediátrico.

De acordo com o artigo nº 81 do Código Deontológico do Enfermeiro, cabe ao Enfermeiro no exercício da sua prática, salvaguardar os valores humanos, assumindo entre outros o dever de *“salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”* (PORTUGAL 1998, p.58).

A formanda procurou, desta forma, tendo em conta a sua inquietação pessoal e a complexidade das situações de maus-tratos infantis com que contata diariamente, desenvolver competências que dessem uma resposta especializada a esta problemática.

Procurou não só aprofundar conhecimentos baseados em saberes teóricos e evidências científicas, como também procurou experiências que lhe proporcionassem uma capacidade de saber-ser, saber-estar e saber-fazer, como EESIP.

Desta forma, e partindo das competências já adquiridas nos seus nove anos de exercício num Serviço de Urgência Pediátrica, procurou através da Unidade Curricular Estágio, não só a aplicação dessas como o desenvolvimento de outras, na proteção e prevenção do risco e/ou perigo para a criança. As experiências proporcionadas por três módulos, com contextos de intervenção distintos, possibilitaram assim à formanda a aquisição de uma visão alargada e integradora dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica.

O Projeto foi a metodologia abraçada no delinear de um percurso que visou o desenvolvimento de competências na área de especialização em causa. A formanda adoptou esta metodologia reflexiva, devido ao seu inegável contributo, na promoção do autodesenvolvimento (pessoal e profissional) num determinado contexto social, através da identificação de problemas, delineamento de objetivos e implementação de ações práticas na sua resolução (RUIVO [et al.], 2010).

O presente capítulo, propõe-se, desta forma, apresentar uma descrição e análise crítica das atividades projetadas e empreendidas em cada um dos módulos, iniciada por uma breve caracterização do campo de estágio, e seguida por uma explanação sobre o percurso da interveniente na resposta aos objetivos transversais e específicos que delineou.

Constituiu-se como o objetivo geral e transversal, da formanda, a todos os módulos: **“Desenvolver competências de enfermagem especializada no cuidado à criança em risco e/ou em perigo”**. Este objetivo visou a procura de uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem especializada, no que diz respeito, aos maus-tratos infantis.

Atendendo às exigências do objetivo geral, e tendo em consideração as evidências científicas anteriormente citadas, a formanda procurou intervir de forma mais específica na promoção de

mecanismos de reforço dos fatores de proteção dos menores, trabalhando essencialmente, na família, a transição de um papel parental de risco para um exercício parental competente. A pertinência dessa intervenção é justificada em cada um dos sub-capítulos que se passam a apresentar.

2.1 MÓDULO I

O Módulo I decorreu de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012. Resultou de uma experiência de três dias na “Crescer Ser” - Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família (APDMF), especificamente na Instituição “Casa da Encosta”, seguida pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Amadora +, na Damaia. Ambos os locais destinam-se a uma intervenção comunitária, surgindo como recursos de apoio às crianças/famílias em risco e/ou perigo.

2.1.1 APDMF e Casa da Encosta

A escolha pela APDMF, deveu-se ao interesse pessoal da formanda no seu contributo para a proteção e garantia do direito dos menores e da família. Procurou, desta forma, a aquisição de competências teóricas e práticas proporcionadas por esta instituição na intervenção em contextos de risco.

Tendo por base os objetivos previamente fixados para a Unidade Curricular Estágio, a formanda procurou delinear objetivos concretos para o contexto específico da APDMF, nomeadamente: Conhecer os objetivos de atuação da APDMF; Caracterizar o funcionamento e organização do Centro de Acolhimento “Casa da Encosta”; E refletir sobre a sua prática e o papel do EESIP no âmbito da intervenção da “Casa da Encosta”.

2.1.1.1 Breve caracterização do serviço

A APDMF, é uma Instituição de Solidariedade Social, sem fontes de rendimento próprias, tem como objetivos: Proceder ao estudo interdisciplinar das questões relativas à proteção jurídica e administrativa dos menores e da família; Promover, dinamizar e organizar serviços comunitários de apoio à criança, ao jovem e à sociedade familiar; Dinamizar formação especializada na área da proteção das crianças e jovens em perigo, junto de técnicos que exercem funções quer nas Comissões de Protecção, quer em equipamentos sociais destinados a esta problemática (APDMF, 2005).

Na procura da concretização dos seus objetivos, a APDMF, colocou em funcionamento oito Centros de Acolhimento Temporário (CAT) destinados a crianças e jovens privados do seu meio familiar, vítimas de violência ou provenientes de famílias que necessitam de apoio transitório, permitindo a estabilização de vida e o futuro encaminhamento adequado das crianças (APDMF, 2005).

A Segurança Social, é o órgão responsável pela referenciação da criança e gestão de vagas dos Centros de Acolhimento, em Lisboa (Casa da Encosta, Casa do Parque, Casa do Infantado e Casa da Ameixoeira), em Leiria (Casa do Canto), e no Porto (Casa da Cedofeita e Casa do Vale). Quatro desses Centros, são direcionados para crianças/jovens de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos, dois destinam-se exclusivamente a rapazes e os outros dois a raparigas.

A APDMF assume como valores principais de atuação: *“Promoção e proteção dos Direitos das Crianças/Jovens”*; *“Prosseguir o Superior interesse de cada Criança/Jovem”*; *“Dar prevalência à solução familiar promovendo a parentalidade positiva”*; *“Respeitar o tempo útil da Criança/Jovem”*; *“Garantir a qualidade no acolhimento de cada Criança/Jovem; Promover soluções inovadoras e criativas a favor das Crianças/Jovens”*; *“Transparência na atuação”*; *“Promoção da autonomia e da inserção comunitária da Criança/Jovem”*; *“Promover a abertura à comunidade e contribuir para o desenvolvimento social”* (APDMF 2005, p.1).

Tem como máxima, promover e divulgar os direitos da criança e do jovem e acolher aquelas que foram vítimas de maus-tratos, perspetivando com elas e suas famílias o seu projeto de vida.

Encontra-se totalmente dependente de acordos elaborados com a Segurança Social, assim como do voluntariado e da generosidade das comunidades que integra.

A consulta psicológica gratuita é mais um recurso que a APDMF disponibiliza às crianças em idade escolar e suas famílias, que frequentam as escolas situadas na área da sede da Associação.

A Casa da Encosta, nasceu em 1991, construída pela Câmara Municipal de Cascais em regime de comodato. Localizado em Carcavelos, no bairro São Miguel das Encostas, procede ao acolhimento de crianças com idades compreendidas entre os 0 dias e os 12 anos de idade, tendo uma capacidade para dar resposta a 12 crianças.

Os profissionais que desenvolvem a sua atividade, neste CAT, encontram-se empenhados na promoção da auto-estima, saúde, afeto e educação da criança.

Visa a prevenção terciária, promovendo o diagnóstico interdisciplinar, elaborando um projeto de vida para cada criança e jovem proporcionando condições para o seu desenvolvimento, sempre que possível, em estreita ligação com a sua família e comunidade. Como projeto perspetivam-se três finalidades: regresso à família biológica nuclear ou biológica alargada (diretamente ou com a mediação de uma família de acolhimento); Adoção nacional ou internacional (quando não é possível a integração na família biológica); E institucionalização quando se esgotam as possibilidades de integração familiar (APDMF, 2005).

À semelhança dos outros CAT, este procura dar resposta a todas as vertentes associadas ao acolhimento da criança, nomeadamente, a nível clínico, educacional, jurídico, social e psicológico. Cada um é garantido pela intervenção de profissionais específicos da área respetivamente, médico de família (do Centro de Saúde), duas educadoras de infância, uma jurista, uma assistente social e uma psicóloga. O voluntariado aqui constitui uma parte

imprescindível, no cuidado direto e assistência às crianças acolhidas e é realizado por um grupo fixo em horário rotativo.

A ocorrência de reuniões que se repetem a cada três semanas, é usada para discussão de cada caso, e para delinear um plano de ação e identificação das necessidades de intervenção em cada uma das crianças acolhidas. Se necessário, são redefinidos os projetos de vida do menor. Este deverá ocorrer, num prazo previamente designado de seis meses, no entanto, este poder-se-á prolongar pela necessidade em estabelecer um projeto que garanta o bem-estar da criança. A opção de encaminhamento para adoção, ocorre se decorrerem três meses de ausência total de contato da família biológica.

2.1.1.2 Descrição e análise crítica das atividades realizadas

Durante três dias, foi possibilitada à formanda a observação da dinâmica de funcionamento da Casa da Encosta. Das 12 crianças acolhidas, somente duas permaneciam em tempo integral na instituição, uma com três e outra com cinco anos de idade (com perturbações do comportamento/atraso de desenvolvimento psicomotor, a aguardar consulta de avaliação). As restantes frequentavam a escola local, regressando à instituição cerca das 16h. Por esse mesmo motivo, a observação da formanda foi condicionada e remeteu-se aos cuidados prestados às duas crianças anteriormente mencionadas. Diariamente os cuidados de higiene e vestuário eram assegurados pelas voluntárias, antes de as crianças irem para a escola. O seu transporte era feito por meio de carrinha própria. A alimentação era assegurada pela cozinheira que colaborava nos cuidados às crianças, sempre que necessário.

Era privilegiada a identidade de cada menor, por meio da atribuição de um espaço próprio (cama, cómoda, secretária), com possibilidade de personalização dos mesmos (fixação de desenhos, colocação de nome nas gavetas, decoração de estantes e cama). A compra de material escolar e roupa necessária, servia os critérios da própria criança e sua personalidade. Desta forma, era permitida a cada uma, a expressão própria da sua individualidade.

Constatou-se a ausência da intervenção de um enfermeiro na instituição, que outrora havia estado presente em regime de voluntariado. Desta forma, as educadoras assumiam-se responsáveis, não só no âmbito da organização, estruturação das rotinas e atividades (lúdicas e educativas) desenvolvidas na Casa, como também no domínio da saúde, como sejam: marcação e acompanhamento de consultas, identificação de situações de doença aguda e acompanhamento à urgência hospitalar, administração e ensino de terapêutica, organização de horário de administração terapêutica, e adequação da dieta alimentar.

No presente contexto, salienta-se a pertinência da intervenção do EESIP, cujos conhecimentos e competências, permitiriam uma atuação especificamente orientada, inerentes à profissão e que garantiriam uma intervenção qualificada na prestação de cuidados de qualidade à criança, na sua situação inerente de risco e/ou perigo. Este é assim um campo essencial para o desenvolvimento e emprego de competências específicas que visem essencialmente uma prevenção terciária dos maus-tratos infantis, na medida em que permite *“diagnosticar*

precocemente e intervir (...) nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Imprescindível à qualidade desse cuidar, o enfermeiro especialista assume a responsabilidade de utilizar a informação existente e avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar; identificar situações de risco para a criança; avaliar o desenvolvimento da parentalidade nas famílias de risco; utilizar estratégias motivadoras da criança e família para assumir os seus papéis em saúde; negociar a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar; apoiar a inclusão das crianças; e sensibilizar pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009).

Foi constatado pela formanda que embora a área de intervenção do enfermeiro especialista seja conhecida, a sua ausência em determinados contextos, influencia a integração e participação dos profissionais em formação pela equipa multidisciplinar local. Esta situação é condicionante da apreensão global da realidade e complexidade do acompanhamento e encaminhamento comunitário da criança/família em risco e/ou em perigo.

2.1.2 Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) – Amadora +, Damaia

Foram projetados como objetivos gerais a atingir, pela formanda, neste campo de Estágio: Caracterizar a população de crianças e jovens em risco, acompanhadas pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); E promover mecanismos de reforço dos fatores de proteção, em situações de risco, nomeadamente na maternidade precoce.

2.1.2.1 Breve caracterização do serviço

A UCC é uma unidade que faz parte dos Cuidados de Saúde Primários do ACES VII, prestados à população do Concelho da Amadora. Visa dar resposta “às necessidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, com o apoio de uma equipa multidisciplinar” (CLAS 2011, p.28).

Em virtude dos seus objetivos esta Unidade desenvolve atualmente e implementa intervenções nas seguintes áreas: Projetos de Intervenção no âmbito do Programa de Cuidados Continuados e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Projetos de Intervenção no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar; Projetos de Intervenção no âmbito do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva; Projetos de Intervenção no âmbito do Programa de Saúde Infantil e Juvenil; Projeto de Intervenção Comunitária através da Unidade Móvel; Projeto de Intervenção no âmbito da Rede Social; Projeto “*Fora de Portas*”; Projeto de Dinamização do Grupo Comunitário de auto-ajuda nos Doentes Diabéticos.

Neste contexto, foi permitida à formanda, a integração num dos projetos da UCC, que dão resposta ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil, designado como “*Estamos Presentes*”. O início deste projeto remete-se ao ano de 2010, visando famílias com recém-nascidos (RN) até

aos 28 dias de vida, inscritas na área de abrangência do ACES VII, com critérios de risco ou vulnerabilidade para maus-tratos.

Apresenta-se como um trabalho de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva, no âmbito da saúde e da ação social. Tendo como objetivos: *“Assegurar condições facilitadoras do normal desenvolvimento da criança; Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar; Reforçar as competências familiares; E ajudar na ativação de todas as redes de suporte formal e informal”* (CLAS 2011, p.28).

A consecução de tais objetivos, é feita por intermédio de uma equipa de profissionais disponíveis, motivados e competentes, entre os quais se incluem duas enfermeiras, uma assistente social e uma psicóloga. A sua atuação visa, o primeiro nível de intervenção nomeadamente na prevenção, deteção precoce e acompanhamento de situações de eventual risco, conferindo respostas adequadas e individualizadas a cada uma das crianças/famílias identificadas.

A deteção da necessidade de acompanhamento e intervenção junto do RN e seu contexto familiar, ocorre por meio da avaliação dos fatores de risco ou vulnerabilidade, através do preenchimento de um formulário próprio, especificamente desenhado para o efeito e designado como *“Formulário de Referência para o Projeto Estamos Presentes”*. Este é aplicado pelo profissional de saúde do ACES VII, que procede ao acompanhamento da mulher grávida, na 28ª semana de gestação. O preenchimento do mesmo formulário poderá também ocorrer na primeira consulta de Saúde Infantil, caso não tenha sido aplicado durante a gravidez. Esta avaliação tem em conta 26 critérios, aos quais é atribuída uma pontuação de 0 a 2 correspondentes a uma avaliação crescente do grau de risco/vulnerabilidade, em aspetos relacionados com a gravidez/contexto familiar e características do RN. A receção dos formulários aplicados, é feita na UCC, para onde devem ser remetidos ao cuidado do Projeto *“Estamos Presentes”*, mensalmente.

A visita domiciliária surge como a base de atuação a todos os RN/família sinalizados com critérios de risco e a sua implementação é possível através de um veículo próprio de transporte, existente para a execução das atividades da equipa multiprofissional da UCC.

2.1.2.2 Diagnóstico da situação e problemática identificada

O formulário através do qual eram referenciadas as grávidas/recém-nascidos, decorria de diretrizes gerais da DGS sobre intervenção em maus-tratos e tinham sido realizadas ações de divulgação do mesmo (em 2010), aos profissionais das consultas de acompanhamento da grávida e consultas de saúde infantil, dos Serviços de Saúde do ACES VII, porém era evidente a ausência de documentação formal e orientadora específica na concretização e intervenção, da equipa de saúde, junto da família/criança de risco referenciada para o Projeto.

Embora existissem documentos que davam conta da sua existência, nomeadamente pelo *“Plano de Acção da UCC 2010-2012”* (UCC, 2009), constatou-se uma lacuna no planeamento estruturado e escrito naquilo em que definia e orientava a intervenção concreta dos profissionais.

Esta situação revelava-se numa atitude de incerteza na equipa, quanto aos seus objetivos e finalidade, evidenciada durante a sua observação, pela adoção de uma postura de dúvida, não só quanto à forma de condução da visita à família, como também na dificuldade de priorização de certos aspetos a observar no contexto familiar e/ou na criança. Desta forma, a confirmação ou não dos fatores de risco e a identificação de fatores protetores familiares, imprescindível na prevenção da ocorrência de maus-tratos, estava comprometida, uma vez que era feita numa base de conhecimento geral e não específico para situações de risco infantil. Situação reforçada pelo fato de não haver experiência em cuidados pediátricos gerais ou especializados, pelas enfermeiras que executavam as visitas domiciliárias. Associado a este aspeto, surgia o sentimento de dúvida e incerteza, que era não só sentido, como também verbalizado, diversas vezes, pela equipa.

Outra preocupação primariamente sentida pelos profissionais, relacionava-se com o número significativo de adolescentes mães acompanhadas no “*Estamos Presentes*”. Apesar de existir a necessidade expressa quer pela equipa de saúde, quer pelos educadores das escolas (que davam conta de um número elevado mas não concreto desses casos), não existia uma base objetiva de dados relativos a essas situações. Surgiu desta forma, a preocupação em confirmar a problemática e desenvolver ações que apoiassem as jovens na sua nova condição de mães.

A imaturidade dos pais, também eles ainda crianças, é comprometedora de uma vinculação adequada com a nova criança, e com a identificação das suas necessidades físicas e emocionais. De salientar, que os adolescentes permanecem muitas vezes identificados com os seus grupos de pares com tendência para ignorarem os papéis parentais adultos, e com consequente negligência dos cuidados ao filho/a (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

A adolescência confirma-se assim como uma fase demonstradora de comportamentos e de um pensamento, que necessita de orientação adequada, principalmente quando os jovens se vêem obrigados a assumir também um papel parental. Neste âmbito, torna-se imprescindível a intervenção do EESIP, na medida em que, os seus conhecimentos específicos e o seu saber-estar, lhe permitem uma visão adaptada às particularidades desta população, e um saber intervir facilitadoras e promotoras da transição das adolecentes para uma parentalidade positiva e competente.

2.1.2.3 Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas

Numa resposta às necessidades sentidas, a formanda desenvolveu ações que apoiassem a equipa de saúde local e contribuíssem para a qualidade da sua intervenção na infância, mas principalmente que garantissem o bem-estar da criança e jovem, e a sua proteção contra o risco e/ou perigo.

A descrição e análise crítica das atividades realizadas, passam de seguida a ser apresentadas, de acordo com os objetivos específicos a este contexto de intervenção.

Identificar a população abrangida pelos ACES, no que concerne a situações de crianças e jovens em risco.

Foi realizado o levantamento da casuística de situações de: crianças em risco seguidas no “*Estamos Presentes*”; grávidas adolescentes abrangidas pelo mesmo projeto; e grávidas adolescentes a frequentarem o Curso de Preparação para o Parto (CPPP). Adicionalmente foi empreendido o tratamento estatístico dos dados, posteriormente apresentados sob a forma de powerpoint, à equipa de saúde (ANEXO I).

A evidência de uma percentagem significativa de adolescentes grávidas ou com RN com um grau de risco elevado, vieram fundamentar a necessidade de intervenção nessa população.

Caraterizar a intervenção da UCC no âmbito da atuação em crianças e jovens em situação de risco.

A formanda procurou adaptar a sua intervenção ao contexto local, através da consulta de documentação própria da UCC, que permitisse a sua integração na organização, planeamento e ação do Projeto NACJR (Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco) e “*Estamos Presentes*”, como sejam o: “*Plano de Acção da UCC – Amadora + (2010 – 2012)*”; “*Relatório de Actividades UCC – Amadora +(2011)*”; “*Protocolo de Articulação do ACES, no âmbito da saúde da criança e do adolescente*”, “*Formulário de Referenciação para o Projeto Estamos Presentes*”; Ficha de Visita Domiciliária; Base de dados informatizada do Projeto NACJR e do Projeto “*Estamos Presentes*”.

Foram ainda desenvolvidas outras atividades, como sejam, a observação de reuniões mensais da equipa alargada de saúde do NACJR, a observação de aula do CPPP e a observação participante nas visitas domiciliárias às situações sinalizadas para a equipa de saúde do “*Estamos Presentes*” e NACJR, respetivamente a crianças recém-nascidas (dos 0 aos 28 dias) e a crianças e/ou jovens (dos 0 aos 18 anos de idade).

Desenvolver plano de intervenção especializada e sistematizada, adaptada à criança/família, que vise o desenvolvimento de fatores de proteção, no sentido, do equilíbrio e eliminação do risco de maus-tratos à criança.

No que diz respeito à organização dos formulários de referenciação para o Projeto “*Estamos Presentes*”, constatou-se que os mesmos eram arquivados em forma de dossier, de acordo com as áreas do ACES VII, de onde eram referenciadas. Esta forma de organização, não permitia uma visualização do panorama geral da população de risco referenciada e dificultava a seleção das situações que necessitavam de intervenção mais rápida. Desta forma, a formanda elaborou uma base informática esquematizada, em formato Excel, que permitia a inserção dos dados dos formulários e que permitia uma consulta e seleção rápida das crianças, por meio de uma contabilização automática do grau de risco, para a determinação dos casos prioritários.

No que concerne, à intervenção concreta na família/criança em contexto de visita domiciliária, verificou-se uma lacuna no facto de não fazer parte da equipa, uma enfermeira com experiência em pediatria ou saúde infantil, nomeadamente EESIP. Esta situação foi verbalizada

pela própria equipa, com solicitação da presença da formanda (com experiência profissional em Urgência Pediátrica) na visita a determinados contextos familiares, essencialmente no que concerne à observação e avaliação do desenvolvimento da criança (RN e de outras crianças que faziam parte do agregado familiar) e dos cuidados prestados pela família adequados ao estadio de desenvolvimento do menor. Através do espaço de abertura da equipa, que a acolheu, foi assim permitida uma intervenção participativa perante a criança e sua família durante as visitas domiciliárias.

Esta experiência conferiu à formanda a possibilidade de aplicação das competências que já havia anteriormente adquirido na sua prática profissional, como seja *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21), procurando promover o crescimento e desenvolvimento infantil, adotando uma comunicação culturalmente adequada e individualizada à criança/família e facilitando estratégias de vinculação entre pais/RN. Permitiu-lhe ainda colaborar na maximização da saúde da criança/jovem, através da implementação e gestão em parceria, de *“um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* e *“diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Na sequência da necessidade de confirmação e validação de conhecimentos na vertente infantil, anteriormente constatada, surgiu pelas mãos da formanda o *“Guião Orientador da Visita Domiciliária”* (ANEXO II). Procurou-se assim, agir de acordo com as diretrizes da DGS, no esforço de *“evitar o eclodir do perigo, através de (...) estratégias e acções integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade”* (DGS 2008, p.8).

O guião não pretendeu esgotar a temática da assistência domiciliária, mas servir como linha orientadora da atuação dos profissionais de saúde, na medida em que, *“ (...) importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária (...) pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco”* (DGS 2005, p. 6). A interveniente procurou assim aplicar o que é estipulado pelo Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, otimizando a sua abordagem, no processo de identificação, avaliação e intervenção em situações com fatores de risco ou vulnerabilidade da criança/família.

O trabalho foi baseado na observação e inclusão dos contributos e experiência prática dos profissionais do projeto *“Estamos Presentes”*, recorrendo ainda a uma revisão bibliográfica, mais especificamente, da legislação portuguesa atualmente em vigor, e de uma variedade de documentos técnicos da DGS, já existentes e orientadores da intervenção na família e em crianças e jovens em risco.

O guião sob a forma de dossier de consulta, foi estruturado em cinco partes, onde cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos profissionais a quem este se dirigia.

A primeira, focalizava-se na caracterização da população alvo, nomeadamente aspetos relacionados com a criança recém-nascida, aspetos familiares e específicos da comunidade da Amadora que determinam o comportamento cultural e socialmente adotado no seio familiar. Desta forma, a formanda procurou uma abordagem mais direcionada e individualizada para a população alvo, adquirindo no processo, conhecimentos que lhe servissem de base para relacionar-se “ (...) com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.22).

Na segunda, foi realizada uma breve abordagem à problemática dos maus-tratos e feita distinção entre conceitos de risco/perigo e fatores de risco/vulnerabilidade.

A terceira parte foi de encontro à mesma ideia, na medida em que, se dedicava a explicitar a importância da equipa multidisciplinar, na identificação e deteção dos vários tipos de fatores que se podem constituir como de risco para o mau-trato infantil, e que são fundamentais ao precoce encaminhamento e acompanhamento do menor e sua família.

A quarta parte, foi dedicada ao papel dos diferentes profissionais de saúde na promoção de fatores de proteção essenciais ao bem-estar da criança/família e eliminação de eventuais riscos ao seu desenvolvimento salutar.

Na quinta e última parte, foram explicitadas e concretamente definidas fases de intervenção da visita domiciliária para a equipa do “*Estamos Presentes*”. Por último, foi ainda incluída, uma lista de anexos respetivos ao conteúdo trabalhado.

A inclusão de todos os aspetos anteriormente mencionados, no guião, procurou ir de encontro ao desenvolvimento de competências da formanda como EESIP, na medida em que “*sensibiliza (...) profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção*” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Para além da necessidade de um guia orientador, tal como foi anteriormente referido, foi ainda elaborada uma “*Folha de Visita Domiciliária*” (ANEXO III), portátil e de consulta rápida para cada profissional. Esta folha, possibilitaria uma consulta *in loco*, dos aspetos a observar e avaliar na criança, na família e no contexto doméstico, facilitando a identificação dos fatores de risco e protetores e permitindo também uma breve consulta do Programa Nacional de Vacinação (útil na confirmação do cumprimento do esquema vacinal das crianças do agregado). Foi criado um apontamento específico de contactos dos recursos da comunidade, que pudessem servir de apoio às famílias e a serem divulgados por qualquer profissional na ausência da assistente social. Nesta medida, a formanda “*estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados*” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

O Projeto “*Mães Adolescentes*” (ANEXO IV) foi um projeto pioneiro, sendo integrado e encadeado com o Projeto “*Estamos Presentes*”, cujo planeamento foi integralmente desenvolvido pela formanda, no contexto de Estágio na UCC. Pretendeu contribuir assim para

o apoio às mães adolescentes, no sentido de uma parentalidade competente, na adoção de comportamentos de vida saudável e no contributo para o desenho de um Projeto de Vida próprio. Recorreu-se à metodologia de planeamento em saúde, como linha orientadora do desempenho dos profissionais junto das mães adolescentes, na sua condição de um exercício parental precoce.

O projeto *“Mães Adolescentes”* apareceu, com vista a dar resposta aos aspetos específicos do Programa de Saúde Infantil e Juvenil na *“promoção da auto-estima do adolescente e sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.”*; e uma vez trabalhando com mães adolescentes *“apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar”* (DGS 2005, p.8). Procurou, por outro lado ir de encontro ao Programa Nacional de Saúde dos Jovens no que diz respeito à *“(…) adequação dos modelos organizacionais às necessidades em saúde e a redução das iniquidades existentes”* e no *“(…) fomento e apoio de programas/projectos de promoção da saúde integral dos jovens”* (DGS 2005, p.18).

O projeto delineado seria assumido como responsabilidade pelo grupo de profissionais de saúde que atuam no *“Estamos Presentes”*. Por este motivo, foi tida em conta pela formanda, a intervenção de cada um dentro da sua área de competência, no sentido, de um esforço multidisciplinar conjunto na promoção de uma parentalidade precoce saudável. A interveniente assume assim, pela concretização deste trabalho, a competência que a capacita como EESIP, na medida em que *“(…) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Assumindo a forma de dossier, elaborado pela formanda, o trabalho foi estruturado em oito partes, cujo conteúdo se remete às fases clássicas do planeamento em saúde.

Cada uma delas apresentou um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos profissionais à população das mães adolescentes.

A primeira, focalizou-se na caracterização do planeamento em saúde, e das suas várias etapas, surgindo como suporte para a apresentação das fases do planeamento do projeto.

Na segunda, foi realizado um diagnóstico de situação, por meio da caracterização da população alvo e levantadas as necessidades prementes que determinam a pertinência do trabalho.

A terceira parte surge encadeada com a anterior, na medida em que, se dedica à determinação das áreas prioritárias de atuação, baseada no levantamento das necessidades da população de jovens mães. Destacaram-se como fatores de risco major, sob os quais a equipa de saúde poderia atuar: a contraceção inadequada (75%), a gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (59%), pais cuidadores que apresentam dificuldades de compreensão (25%), dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (16,6%) e ausência de redes parentais e de apoio (8,3%).

A fixação de objetivos gerais e específicos foi feita, na quarta fase e conduziram à elaboração do projeto e seleção das estratégias mais adequadas para a concretização dos objetivos.

Desta forma, e para o presente projeto, foi delineado pela formanda, como objetivo geral: Promover mecanismos de reforço dos fatores de proteção, em situações de risco, nomeadamente na maternidade precoce, na população de mães adolescentes abrangidas pelo ACES VII, Amadora +. Como objetivos específicos surgiram: Identificar a população de grávidas/mães adolescentes, abrangidas pelo ACES VII, Amadora +; Implementar plano de intervenção sistematizada às mães adolescentes que vise o desenvolvimento de fatores de proteção, da mãe/criança, no sentido do desenvolvimento de competências parentais adequadas; E promover a construção de um Projeto de Vida nas mães adolescentes.

A sexta fase do planeamento do projeto, remeteu-se para a preparação da execução, onde foram delineados aspetos referentes aos conteúdos programáticos a serem abordados pelos profissionais de saúde às adolescentes, assim como a condicionantes de ordem vária, nomeadamente aos meios físicos e humanos necessários à sua consecução. São apresentadas as temáticas das quatro sessões de educação: “*Mãe e agora?*” (enfermeira); “*Relações e Contraceção*” (enfermeira e psicóloga); “*Massagem Infantil*” (enfermeira e psicóloga); e “*Agora e no Futuro*” (enfermeira e assistente social). Na realização destas sessões foram valorizados os aspetos resultantes do relatório do estudo realizado a nível nacional, demonstrativos das perceções e comportamentos dos jovens em idade escolar “*Health Behaviour in School-Aged Children*” (HBSC, 2012).

Em “*Mãe e agora?*” (ANEXO V), optou-se por uma abordagem geral ao desenvolvimento e cuidados ao bebé, problemas mais comuns, e vigilância de saúde. Através de uma abordagem com recurso a data show e visionamento de pequenos excertos de filme, pretendendo de uma forma participativa sensibilizar as mães para o cuidar do filho.

Em “*Relações e Contraceção*” (ANEXO VI), utilizando o mesmo tipo de estratégia interativa, a formanda procedeu a uma abordagem aos relacionamentos e ensinamentos relativos a uma vida sexual e reprodutiva saudável e proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, partindo da clarificação de conceitos pré-definidos.

Com estas ações de formação a formanda procurou “*Desenvolver ensino, instrução e treino especializado e individualizado para a gestão de processos específicos de saúde/doença*” e criar “*(...) oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde*” e ainda salvaguardar “*(...) a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde*” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.22), tal como preconizado pela OE em relação às responsabilidades do EESIP.

A massagem infantil ocorreria por intermédio da realização de demonstração da massagem do bebé. As mães adolescentes poderiam realizar com o filho/a *in loco*, a massagem demonstrada pela enfermeira detentora do Curso de Massagem Infantil. Este é um momento que pretendia avaliar a qualidade da vinculação mãe/filho, promover a vinculação e conferir um ambiente de proximidade entre mães adolescentes/profissionais.

Sob o tema “*Agora e no Futuro*” (ANEXO VII), foi constituída pela formanda uma ação de educação em data show, que englobou aspetos relacionados com a proteção da

maternidade/paternidade; recursos comunitários que pudessem ser usados pelas jovens, no delinear de um Projeto de Vida. Nesta medida, a formanda *“estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Na sétima parte do projeto, foi determinada a forma como seria concretizada a avaliação, não só dos conteúdos apresentados, como também da satisfação das expectativas das adolescentes e da qualidade da atuação dos profissionais de saúde. Esta realizar-se-ia, por meio de uma avaliação formal escrita das ações de educação, em ficha própria (ANEXO VIII), que permitisse uma melhoria na qualidade e efetividade do projeto.

Complementarmente ao *“Mães Adolescentes”*, foi elaborado um panfleto (ANEXO IX) que pudesse servir como forma de veículo de divulgação, aos profissionais de saúde e utentes.

Por último, foi incluído no dossier uma lista de anexos respetivos aos conteúdos apresentados, enriquecido com bibliografia útil, ações de educação planeadas, instrumento de avaliação desenvolvido e panfleto de divulgação do projeto. Foram ainda incluídos os dois panfletos informativos (ANEXO X) realizados pela formanda no que diz respeito à atuação perante as cólicas e a obstrução nasal. Esta informação disponível tinha como objetivo a distribuição de informação às mães, por forma a capacitar a sua ação em identificar e lidar com problemas específicos da criança doente.

Todas as vertentes do trabalho, foram apresentadas à equipa, em reunião multidisciplinar, com aprovação e discussão de aspetos logísticos relativos à sua implementação concreta (nomeadamente, a data, o horário, forma de inscrição das utentes, nomeação dos profissionais que iriam intervir). A formanda assume assim pela concretização deste trabalho a competência que a capacita como EESIP, na medida em que *“trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Todo o trabalho desenvolvido, foi compilado em formato digital em CD, e disponibilizado nos respetivos dossiers elaborados, para posterior utilização pelos profissionais de saúde.

Refletir sobre a sua prática e o papel do EESIP no âmbito do tema desenvolvido.

Este objetivo foi concretizado pela formanda não só pela discussão e partilha de ideias sobre a complexidade das situações acompanhadas durante o decorrer do Estágio, com as enfermeiras orientadoras e senhora professora da Universidade Católica de Lisboa, como também pela reflexão da própria interveniente em relação às experiências proporcionadas pelo contexto.

A elaboração de um Portfólio, sob a forma de dossier, onde se procedia ao agrupamento das experiências, trabalhos desenvolvidos e/ou outros documentos de interesse (nomeadamente, documentos resultantes de pesquisa bibliográfica) proporcionou, tal como é salientado por SÁ-CHAVES (2005, p.159) *“o desenvolvimento pessoal; um tipo de aprendizagem reflexiva e crítica e não rotineira; o desenvolvimento de competências de planeamento; o desenvolvimento das capacidades de pesquisa; a valorização do trabalho do outro; e a objectivação da*

avaliação”. Permiteu, desta forma, à formanda apreender os conhecimentos proporcionados pelas inúmeras experiências vividas na UCC.

2.2 MÓDULO II

O Módulo II remeteu-se ao contexto de Estágio, no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E., que decorreu de 20 de Setembro a 10 de Novembro de 2012.

2.2.1 Serviço de Pediatria do HFF E.P.E.

Tendo em conta as características deste local e a sua ação foram delineados, pela formanda, como objetivos a atingir: Caracterizar a população de crianças e jovens em risco, internadas no Serviço de Pediatria; e Promover mecanismos de proteção da criança, por meio da identificação precoce de fatores de risco e/ou perigo, em contexto de internamento hospitalar.

2.2.1.1 Breve caracterização do serviço

O HFF E.P.E. é um hospital que dá resposta às necessidades da população pertencente à área geográfica da Amadora e Sintra. Rege-se pelos valores de: *“(...) procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e actuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos doentes e suas famílias, numa perspectiva de defesa do direito à protecção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais”* (HFF E.P.E. 2009, p.1).

Paralelamente, o Departamento de Pediatria dá resposta às exigências da população pediátrica (dos 0 aos 17 anos), com doença aguda e/ou crónica de diversa natureza, da mesma área geográfica. As suas instalações dividem-se por duas enfermarias (A e B) que estão interligadas entre si. O lado A, oferece internamento a 24 crianças, e o lado B, subdivide-se numa sala de Cuidados Intermédios (lotação de seis camas), Berçário (três berços), Enfermaria (sete camas) e um quarto de isolamento. A equipa multidisciplinar que presta cuidados às crianças internadas, procura integrar a parceria e a filosofia de cuidados centrados na família, pois *“reconhece (a família) como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família”* (POLÍTICA HFF E.P.E. 2011, p.1).

Na mesma medida, o reconhecimento que faz da *“criança como um ser único, vulnerável e com quadro de valores próprios.”* (POLÍTICA HFF E.P.E. 2011, p.1), reafirmam a sua atuação como Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ).

A intervenção do Departamento de Pediatria, localiza-se ainda no primeiro nível de intervenção em crianças e jovens em perigo, segundo a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (PORTUGAL, Lei nº 147/99, de 1 de Setembro). A esta entidade compete intervir nos casos de

risco e perigo assegurando, no que lhe compete, a proteção de que a criança e/ou jovem necessitam. A nível hospitalar, a existência do Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) permite *“funcionar como referência dos profissionais e das várias equipas, no que respeita à sinalização, gestão ou encaminhamento dos casos específicos detetados”* e *“fomentar o estabelecimento de colaboração efectiva entre profissionais, departamentos, serviços e unidades da instituição que, de alguma forma, prestam cuidados a crianças e jovens, quando em presença de situações de maus tratos”* (DGS 2008, p.28). A intervenção do NHACJR irá apoiar o acompanhamento feito das crianças, nomeadamente através da definição para cada caso, de um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), consoante as necessidades identificadas (DGS 2008).

A intervenção da CPCJ ocorrerá quando a primeira entidade sinalizar a criança/jovem, por no âmbito, das suas funções não conseguir assegurar a proteção do menor. De qualquer forma a ECMIJ manterá a sua intervenção, salvo se não houver consentimento da família/cuidadores.

Se da situação de perigo identificada se constituir uma situação de crime, de acordo com o Código Penal Português, então a EMICJ e/ou a CPCJ darão conhecimento e lugar à intervenção dos Tribunais (com conseqüente resposta penal).

Com uma filosofia baseada nos princípios da Carta da Criança Hospitalizada, o Serviço de Pediatria procura oferecer ao utente pediátrico *“um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança”* (IAC 2000, p.1), reconhecendo à partida que *“os pais são os melhores cuidadores e que a hospitalização deve minimizar, tanto quanto possível, os efeitos da separação do RN/Criança/Adolescente do seu meio ambiente”* (POLÍTICA HFF E.P.E. 2011, p.1). Enquanto decorrer o internamento, *“a intimidade de cada criança deve ser respeitada e (...) tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”* (IAC 2000, p.1). No mesmo processo, e sempre que possível, *“os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário (...) devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”* (IAC 2000, p.1).

2.2.1.2 Diagnóstico da situação e problemática identificada

De acordo com a casuística do Serviço de Urgência Pediátrica, entre o ano de 2009 e 2010, registaram-se 247 crianças que recorreram ao HFF E.P.E. (2011), por maus-tratos. A violência física e o abuso sexual, constituíram o motivo mais frequente, respetivamente com 65,2% e 32,4%. Verificou-se uma maior incidência no sexo feminino (60,7%), abrangendo uma faixa etária dos 17 dias aos 17 anos. No caso da agressão física a maioria das crianças (60,1%) coabitava com o agressor, que constituíam em grande parte o pai (32,1%) ou a mãe (20,8%). Verifica-se, desta forma, um elevado número de crianças que anualmente dão entrada pelo SUP, vítimas de alguma forma de violência.

Se alguns aspetos, são de complexa e difícil identificação, como já foi anteriormente referido, outros alertam para a necessidade de estudo e exploração do contexto familiar, por história

inadequada ou aparentemente incompatível, sobre o mecanismo de produção de determinada lesão (que não é habitual para a faixa etária da criança) ou por não explicar o surgimento de lesões repetidas ou o atraso entre a ocorrência do acidente e a procura de cuidados de saúde, assim como a recusa ou alterações constantes na explicação do sucedido. Por tudo isso, a criança poderá ser encaminhada não só para consulta (de psicologia, apoio e risco ou pedopsiquiatria) como também para internamento. Desta forma, multiplicam-se sucessivos internamentos de crianças no Serviço de Pediatria, não só decorrentes de mau-trato evidente, como também para esclarecimento e avaliação do menor e do seu contexto familiar, tão frequentemente designados por “casos sociais”.

Embora, o contato com situações de risco ocorra, em primeira instância, através do SUP, também ocorrem internamentos na Pediatria decorrentes de outros serviços (como a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos (UCIENP) e Obstetrícia) dada a presença de fatores sociais por esclarecer e que se suspeita que possam colocar em causa a segurança e proteção do menor.

Decorrente deste contexto de atuação, deparou-se não só com a necessidade sentida pela equipa de saúde da Pediatria, como pela equipa do NHACJR, de re-estruturação e conclusão de um instrumento de avaliação do risco/perigo social em crianças internadas.

Esta necessidade foi ainda constatada em campo pela formanda, que detetou que apesar da existirem protocolos e procedimentos que dão resposta à situação de urgência e que orientam o percurso e intervenção dos profissionais, aquando da admissão da criança suspeita ou vítima de maus-tratos (“*Procedimento de Admissão da Criança Vítima/Suspeita de Maus Tratos*”; “*Algoritmo de Actuação*” (NHACJR), “*Protocolo de Urgência da Criança Maltratada*”), verifica-se uma lacuna, no que diz respeito, à avaliação do risco e/ou perigo nos menores internados.

Esta situação foi salientada, durante o período de Estágio, pela ocorrência de um número considerável de crianças (nove no total) sinalizadas como casos sociais, três delas detetadas durante internamento por doença aguda, no próprio Serviço. Com idades variáveis, compreendidas entre os quatro dias e os 17 anos, constatou-se que as situações de complexidade social ocorrem independentemente da idade do menor.

Dos fatores de risco detetados para a criança, salientaram-se a: negligência em criança institucionalizada (com paragem respiratória de jovem por ingestão de corpo estranho), negligência parental (períodos grandes de ausência durante o internamento, recusa em prestar cuidados ao filho, entrega de filho para adoção), défice nas competências parentais, negligência pré-natal (ausência de consultas de vigilância pré-natal), negligência nos cuidados de saúde ao filho (falta às consultas de vigilância de saúde), comportamentos desviantes dos pais (delinquência), abuso de substâncias tóxicas pela mãe (com conseqüente síndrome de abstinência no RN), dificuldades sócio-económicas da família (fracos recursos económicos para se sustentar e providenciar os cuidados necessários ao seu agregado), e ausência de recursos de apoio à família.

Estas situações traduziram-se em : número significativo de crianças internadas por caso social durante o período de Estágio; Internamento prolongado do menor à espera de resolução social

(um dos quais internado há dois anos); e a complexa e intrincada rede de avaliação da criança e seu contexto familiar, que permitisse uma decisão de encaminhamento e alta do menor (retorno à família biológica e/ou institucionalização).

A formanda verificou assim que a existência de dúvidas na forma como são garantidas as necessidades primárias da criança, sua segurança e proteção pela família e/ou cuidadores, constituíam-se como fatores para o prolongamento da hospitalização.

2.2.1.3 Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas

A formanda, tendo em conta as necessidades detetadas neste Serviço de Pediatria e nos utentes pediátricos a quem procura dar resposta, desenvolveu ações que promovessem a qualidade do atendimento e o cuidado à criança e jovem, na sua proteção contra o risco e/ou perigo.

A descrição e análise crítica das atividades realizadas, passam de seguida a ser apresentadas, de acordo com os objetivos específicos anteriormente definidos.

Caraterizar a população de crianças/jovens internadas, em situação de risco e/ou perigo.

Foi realizado o levantamento da casuística de situações de: crianças e jovens sinalizados na sua ida ao HFF E.P.E., como vítimas de alguma forma de mau-trato; e crianças e jovens sinalizados, como em situação de risco social, internados durante o período de Estágio.

A evidência de uma percentagem significativa de menores que foram registados como tendo dado entrada no HFF E.P.E. por maus-tratos infantis, assim como o elevado número de crianças internadas por “caso social”, vieram fundamentar a necessidade de intervenção nessa população.

Caraterizar a intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da atuação em crianças e jovens em situação de risco e/ou perigo social.

Enquanto formanda, e no desenvolvimento do seu projeto de Estágio pessoal, teve a oportunidade de acompanhar a intervenção dos enfermeiros (generalistas e especialistas) que exerciam funções no Serviço de Pediatria, assim como outros profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar (médicos, psicóloga, assistente social).

A formanda procurou adaptar a sua intervenção ao contexto local, através da consulta de documentação própria do Serviço, que permitisse a sua integração na organização, planeamento e ação através dos protocolos internos de atuação e da base de dados informatizada (Soarian). Procurou ainda fundamentar-se através da consulta de protocolos internos e protocolos de articulação específicos do NHACJR.

Neste contexto, teve oportunidade de acompanhar o trabalho desenvolvido pelo EESIP, no que concerne aos cuidados especializados às crianças internadas, através de: observação participativa na rotina do Serviço, na passagem de turno de enfermagem, e nas reuniões diárias de decisão clínica. Pôde ainda testemunhar as reuniões semanais da equipa de saúde,

relativos à discussão das crianças que se encontravam internadas por risco social, uma reunião mensal da equipa alargada de saúde do NHACJR; e uma reunião da equipa (médico e EESIP) com representantes de Instituições da comunidade (nomeadamente, representantes da Instituição “Ajuda de Berço”).

Todas estas atividades permitiram à formanda reconhecer não só a dinâmica do cuidado a todos os menores internados, como também o percurso, processo de decisão e encaminhamento hospitalar daqueles que se encontram em evidente risco e/ou perigo. Ficou, desta forma, evidente a perceção do papel primordial do EESIP, que vai para além do dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (PORTUGAL 1998, p. 58), competindo-lhe assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, através da implementação e gestão em parceria, e diagnosticar precocemente e intervir “(...) nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Desenvolver plano de identificação de fatores de risco e fatores protetores na criança/família, que vise a intervenção precoce em situações de risco e/ou perigo de mau-trato.

Reconhece-se juridicamente o conceito restrito de perigo definido pela legislação portuguesa atualmente em vigor. No entanto, o conceito vago de “risco”, abre lugar a interpretações subjetivas, razão pela qual, se verificou a necessidade de desenvolvimento de um instrumento padronizado que permitisse uma definição precisa e concreta das situações de crianças internadas, no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E., por risco/perigo social.

Para uma atuação precoce, da equipa multidisciplinar do Serviço na proteção das crianças internadas, torna-se imprescindível uma compreensão coerente e integrada das necessidades da criança e família/cuidadores, do seu contexto e da dinâmica do seu relacionamento.

Nesta medida, reconhece-se a importância de um instrumento de avaliação das crianças e jovens em risco e/ou perigo, constituída por um conjunto de elementos aceites de forma consensual, capaz de traduzir a real dimensão de cada caso, e de perspetivar estratégias de intervenção específicas e compatíveis com os interesses do menor.

A formanda viu assim, justificada a sua intervenção a nível da planificação e elaboração pioneira da “Folha de Risco” (ANEXO XI), como forma de avaliação do risco/perigo para a criança e que permitiria determinar um sentido e legitimar a intervenção para cada um dos “casos sociais”.

O seu planeamento, foi baseado em documentação de referência em matéria de crianças e/ou jovens em risco, da DGS: “Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde” (DGS, 2007); “Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico” (DGS, 2008); e “Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção” (DGS, 2011). Desta forma, viu-se justificado o planeamento do seu projeto, assim como uma base sólida na sua elaboração, colmatada pela pesquisa bibliográfica de outros autores e direcionada para a temática abordada.

A elaboração deste instrumento, teve em consideração a sua eventual adaptação para sistema informático (Soarian) com aplicação abrangente não só por enfermeiros, como por outros elementos da equipa de saúde (médicos, psicólogos e assistentes sociais). Abrangia aspetos relacionados com a identificação da criança, da estrutura familiar, do internamento (saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade social, relacionamento familiar e social da criança), do acompanhamento, das competências parentais, e registos (espaço livre de escrita para os profissionais).

A aplicação deste instrumento, pretendia assim a minimização da interferência e aplicação de juízos próprios, servindo como linha orientadora e objetiva de avaliação.

À semelhança do contexto de Estágio anterior a formanda, elaborou um dossier (ANEXO XII) destinado à equipa de enfermagem, de apresentação e fundamentação da *“Folha de Risco”* e sua importância na prevenção ao nível secundário e terciário dos maus-tratos infantis.

A *“Folha de Risco”* desenvolvida, foi ainda apresentada ao NHACJR, cujo feedback promoveu algumas adaptações no seu conteúdo para uma aplicação definitiva e reveladora da qualidade na proteção do utente pediátrico.

Por outro lado, a divulgação deste instrumento foi realizada pela formanda, em contexto de formação interna (ANEXO XIII) ao grupo profissional dos enfermeiros, uma vez que este pelas características da sua atuação, encontra-se estrategicamente mais próximo do utente pediátrico, e a sua prestação direta e diária de cuidados, lhe confere sensibilidade e um meio facilitador para a compreensão do comportamento e desenvolvimento do menor e da dinâmica criança/cuidadores. A sua posição privilegiada permite-lhe um conhecimento mais profundo das suas situações concretas de vida, bem como uma comunicação mais estreita e personalizada, permitindo apreender a globalidade da situação da criança internada.

Partiu-se do pressuposto, que os enfermeiros, como elemento da equipa multidisciplinar, no desempenho das suas funções, apliquem o formulário desenvolvido, contribuindo para uma avaliação mais precisa do risco para a criança, numa melhoria da qualidade do processo de tomada de decisão pela equipa multidisciplinar.

Associado ao instrumento desenvolvido, foi realizado um procedimento hospitalar (ANEXO XIV) que sustenta a sua aplicação pela equipa de enfermagem, através de orientações relativas ao seu preenchimento. Em ambos os casos, a formanda adquiriu e desempenhou competências de EESIP, na medida em que *“(…) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Outra das atividades realizadas pela formanda, foi a aplicação prática de cuidados de enfermagem especializada às crianças internadas, essencialmente direcionadas para aquelas cujo internamento se devia a condições sociais. Para além da apreensão da complexidade das situações e da colaboração nos cuidados ao menor/família a formanda teve oportunidade de acompanhar a intervenção do EESIP, nestas situações particulares, adquirindo competências na medida em que, *“assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus tratos”, “cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade”,* prestando

“(...) cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Deste contexto resultou ainda a elaboração de um poster intitulado *“Maus-Tratos à Criança – Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria”* (ANEXO XV), apresentado no Workshop *“Um olhar sobre as Urgências”* realizado no Auditório do HFF E.P.E., a 6 de Novembro de 2012. Este tinha como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática dos maus-tratos infantis, assim como dar visibilidade à intervenção do enfermeiro nas crianças internadas no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E.

Toda a informação trabalhada pela formanda foi compilada em formato CD e entregue ao Serviço para consulta por todos os profissionais de saúde, na respetiva pasta de Intranet do hospital. Procurou-se assim a disponibilização de informação, quer em formato de apresentação quer de divulgação digital que *“(...) sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

Refletir sobre a sua prática e o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no âmbito do tema desenvolvido.

Este objetivo foi concretizado novamente pela formanda não só pela discussão e partilha de ideias sobre a complexidade das situações acompanhadas durante o decorrer do Estágio, com as enfermeiras orientadoras e senhora professora da Universidade Católica de Lisboa, como também pela reflexão da própria interveniente em relação às experiências proporcionadas pelo contexto. A elaboração de um Portfólio sob a forma de dossier, contribuiu para a apreensão de todas as experiências proporcionadas por este Serviço, e todas as atividades desenvolvidas pela formanda.

2.3 MÓDULO III

O Módulo III, de acordo com a Unidade Curricular Estágio, subdividia-se nas experiências em Serviço de Urgência Pediátrica e em Serviço de Neonatologia. Uma vez que a formanda, obteve equivalência ao primeiro, a sua experiência de Estágio remeteu-se à Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do HFF E.P.E., que decorreu de 12 de Novembro a 7 de Dezembro de 2012.

2.3.1 Serviço de Urgência Pediátrica do HFF E.P.E.

A equivalência a este sub-grupo do Estágio, resulta da experiência da formanda como enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica do HFF, E.P.E., há nove anos. Este contexto permitiu-lhe iniciar-se na prática e desenvolver ao longo do tempo, competências especializadas na área do cuidado infantil. Atualmente, como enfermeira a chefiar uma equipa de cinco elementos de enfermagem, encontra no utente pediátrico a sua motivação para

investir na qualidade dos cuidados que presta ao menor e sua família. Diariamente confronta-se com situações de doença aguda variada, com necessidade de gestão não só dos processos inerentes ao seu tratamento, como também à gestão emocional do menor/família. Perante o acompanhamento que faz destas situações, na sua maioria de especial complexidade, a formanda “(..) reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem apropriados” e invariavelmente “(..) mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21). Sempre que a situação assim o exija “(..) demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” e “(..) aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21).

A todas as crianças a formanda “providencia cuidados (...) promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21), e “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21), com recurso, por exemplo a terapias não farmacológicas da dor (nomeadamente a sucção não nutritiva), técnicas de distração, e do brincar com finalidade terapêutica.

Num contexto, habitualmente associado a um primeiro impacto com o diagnóstico de doença crónica ou de períodos de agudização da doença crónica na criança, a formanda “(..) responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados” e na sua intervenção “(..) promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21).

No atendimento que faz do utente pediátrico desde os 0 dias de vida até aos 17 anos, a interveniente, procura uma ação de parceria com a família e adaptada às diferentes faixas etárias. Desta forma, colabora não só em projetos do hospital que promovem a vinculação precoce através do incentivo à amamentação (membro integrante da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés), como também procura promover no adolescente a sua auto-estima e auto-determinação na decisão dos cuidados.

Este contexto permitiu-lhe assim desenvolver a capacidade de auto-crítica, auto-análise, e auto-reflexão diária ao mesmo tempo que procura a excelência do cuidar especializado na relação terapêutica de ajuda que estabelece com o utente pediátrico e sua família.

2.3.2 Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do HFF E.P.E.

2.3.2.1 Breve caracterização do Serviço

A UCIEN do HFF E.P.E. integra, desde a sua inauguração a 1 de Junho de 1996, a filosofia dos cuidados pediátricos, na medida em que assume como missão “(..) prestar cuidados de

saúde hospitalares ao recém-nascido, criança e adolescente/ família, no respeito pela criança hospitalizada, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formando profissionais de elevada qualidade e desenvolvendo a investigação em saúde” (POLÍTICA HFF E.P.E. 2011, p.1). Neste seguimento, procura integrar a parceria de cuidados na assistência que dá ao RN (dos 0 aos 28 dias de vida), em situação de risco de vida e sua família.

A UCIEN tem uma capacidade total para 26 internamentos, distribuídos por duas salas: uma sala de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com seis incubadoras e uma sala de Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) com oito incubadoras e 12 berços. Com utentes neonatais provenientes de outros serviços do próprio hospital (nomeadamente, Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia) e de outros hospitais, destaca-se a prematuridade no RN como sendo um dos principais fatores de admissão na UCIEN (UCIEN, 2010).

Na sua intervenção reconhece-se também como ECMIJ, na medida em que atua ao primeiro nível na proteção e promoção dos direitos do neonato.

A Unidade, devido às características da sua intervenção, ocupa uma posição de proximidade do RN/família, o que lhe confere uma visão privilegiada na deteção precoce de fatores de risco/perigo para o prematuro.

No mesmo processo, *“reconhece (a família) como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família”* (POLÍTICA HFF E.P.E. 2011, p.1).

Desta forma, a UCIEN e os profissionais (equipa médica, 38 enfermeiros, AAM, administrativos, fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, dietista e voluntárias) que nela exercem funções, procuram a aplicação de procedimentos e protocolos direcionados para o desenvolvimento de fatores protetores e preventores de risco para o RN. Procuram assim, potencializar as forças e competências da família, por meio da sistematização dos ensinamentos de preparação para a alta, como pelo Projeto UMAD (Unidade de Apoio ao Domicílio).

A UMAD, é um projeto cujo início se remete ao ano de 2009 e visa em colaboração com a Fundação do Gil, prestar apoio domiciliário aos RNs e respetiva família na primeira semana após alta hospitalar da UCIEN. Compreende uma equipa composta por quatro enfermeiras da respetiva Unidade, dois médicos e uma assistente social, que uma vez por semana realizam as visitas. Tem como objetivos: Promover a integração da criança na família e no meio social sempre que possível, assim como vigiar o doente crónico em fase de estabilização clínica no domicílio e diminuir o número de internamentos; Adaptar os cuidados de suporte técnico domiciliário à realidade de cada família e diminuir as deslocações aos hospitais, através da vigilância e aplicação de terapêuticas no domicílio; Promover um ambiente seguro e baixar os custos de internamento (FUNDAÇÃO DO GIL, 2012).

Na promoção dos direitos e proteção do menor, procura-se assim, dar prevalência pela ação que visa integrar a criança na família, responsabilizando os pais pelos seus deveres e promovendo a parceria e a participação dos mesmos na definição das medidas adotadas.

2.3.2.2 Diagnóstico da situação e problemática identificada

A interveniente pôde constatar, durante o período de Estágio que decorreu em contexto da UCIEN e UMAD, a recorrência do atendimento a RN prematuros, com uma idade mínima gestacional de 27 semanas a uma idade máxima de 31 semanas.

Salienta-se desta forma, a pertinência do tema e da intervenção da formanda em situações de menores em risco/perigo, uma vez que a prematuridade é considerada em si, como um fator de risco individual da criança, constituindo-se como potenciadora da ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos (DGS, 2011). Tal facto, deve-se segundo LOUREIRO E FIGUEIREDO (2000), às circunstâncias que se seguem ao nascimento do prematuro e que poderão contribuir para o aumento do risco de cuidados menos adequados, incluindo maus-tratos à criança, por parte dos pais/cuidadores. Estas circunstâncias estão associadas a vários fatores, dos quais se destacam: comportamento do prematuro e seu efeito sobre os pais; expectativas dos pais/cuidadores em relação ao comportamento e aspeto do RN; e de aspetos decorrentes do internamento na UCIEN que interferem com o estabelecimento de uma vinculação normal e adequada.

Justifica-se, desta forma, pela formanda, uma atuação primordialmente preventiva secundária, na prossecução de estratégias que contribuíssem para a proteção do utente neonatal, nomeadamente no reforço dos fatores protetores.

A salientar a importância da sua intervenção constou-se ainda através das visitas da UMAD, a ocorrência de situações variadas de risco para a criança recém-nascida na sua maioria, referentes a dificuldades sócio-económicas (deficiente poder económico para providenciar os cuidados necessários ao seu agregado), e ausência de apoios formais e informais da família.

Decorrente deste contexto de atuação, deparou-se com a necessidade de concretização do direito de cada criança, sobretudo as mais vulneráveis, em crescer num ambiente familiar favorável ao seu bem-estar, livre de risco e/ou perigo, através da adaptação das respostas e/ou apoios existentes na sociedade, mais adequados a cada situação.

2.3.2.3 Descrição dos objetivos específicos e análise crítica das atividades realizadas

Tendo em conta as características deste local e a sua ação foram delineados, pela formanda, como objetivos a atingir: Caracterizar a população de crianças e jovens em risco, nomeadamente RN prematuros, internados na UCIEN; e Promover mecanismos de proteção da criança, em situações de risco, no contexto da UCIEN.

A descrição e análise crítica das atividades realizadas, passam de seguida a ser apresentadas, de acordo com os objetivos específicos anteriormente definidos.

Caraterizar a população de RN internados, em situação de risco na UCIEN.

Na concretização deste objetivo, foi realizado o levantamento da casuística de situações de RN prematuros internados na UCIEN.

A evidência registada comprovou o elevado número de RN prematuros internados na UCIEN do HFF E.P.E., entre o ano de 1996 e 2012. Estes dados vieram fundamentar a necessidade de intervenção nesta população.

Através dos resultados obtidos, foi realizado em colaboração com outra colega, a frequentar o Curso de Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa, um poster (ANEXO XVI), sob orientação das EESIP da Unidade. Apresentado no recinto da entrada principal do hospital, no dia 17 de Novembro de 2012 - *“Dia Internacional da Prematuridade”*, tinha como objetivo a divulgação dos resultados e sensibilização da população geral no que diz respeito à prematuridade.

Caraterizar a intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da atuação em RN em situação de risco.

No desenvolvimento do seu projeto de Estágio pessoal, teve a oportunidade de acompanhar a intervenção das EESIP, nas instalações hospitalares, no que concerne aos cuidados especializados aos neonatos, na sala da UCEN mas essencialmente na sala da UCIN, com observação dos cuidados à criança/família, da passagem de turno de enfermagem, e da dinâmica da equipa multidisciplinar da Unidade. Por outro lado, teve ainda oportunidade de observar a intervenção EESIP, um dia, em contexto de UMAD.

A formanda procurou ainda adaptar a sua intervenção ao contexto local, através da consulta de documentação própria da Unidade, que permitisse a sua integração na organização, planeamento e ação, nomeadamente: de protocolos internos de atuação, processos clínicos e registos de enfermagem na base de dados informatizada (Soarian). Todas estas atividades permitiram-lhe compreender a dinâmica do cuidado do acompanhamento intra-hospitalar e extra-hospitalar que é realizada pelo EESIP em situações de especial complexidade e risco de vida para o RN e em contexto domiciliário no apoio de uma parentalidade positiva e competente.

Desenvolver plano de identificação de fatores protetores para a criança/família, que vise a intervenção precoce em situações de risco de mau-trato à criança.

No desenvolvimento de competências, a formanda procurou não só observar os cuidados ao prematuro e sua família, como também participar ativamente, na realização de quatro visitas domiciliárias ao RN/família, com posterior realização de registos de enfermagem, em dossier próprio, descrevendo a intervenção do EESIP em cada contexto e delineando o plano das ações previstas para as visitas de seguimento. Nesta medida, a formanda pôde não só aplicar os conhecimentos adquiridos anteriormente, no Módulo I, como também consolidar competências e desenvolver novas estratégias, na vertente específica de atendimento ao RN de risco. As suas capacidades neste domínio revelaram-se como de EESIP, na medida em que *“demonstra conhecimentos e (...) avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem”, “(..) transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de*

desenvolvimento infanto-juvenil” e *“(..) avalia o desenvolvimento da parentalidade”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.22).

Por outro lado, as graves carências de recursos e apoios das famílias (na sua maioria socio-económicas) que comprometiam a capacidade dos pais em cuidar dos filhos, resultando numa deficiente satisfação das necessidades das crianças, conduziram a formanda ao planeamento e elaboração de um *“Manual de Apoio e Recursos da Comunidade”* (ANEXO XVII). A elaboração deste instrumento sob a forma de dossier, tinha como objetivo difundir e divulgar contatos da comunidade que fossem úteis na capacitação das famílias em cuidar do seu RN de risco. Serviria de consulta à equipa de enfermagem, e pretendia ser usado por esta no desenvolvimento das competências parentais e capacitação dos pais/cuidadores no cuidado ao filho, por facilitar o acesso aos recursos e apoios comunitários disponíveis e necessários à garantia do bem-estar da criança/família.

A ausência de um contato direto, dos enfermeiros, com estas instituições que dão suporte às famílias, conduzem a um desconhecimento, que estes profissionais apresentam no que diz respeito aos objetivos e missão dessas instituições, e que conseqüentemente se reflete no défice de divulgação da informação relacionada com as mesmas, sempre que requerida pelos pais/cuidadores. Neste sentido, a formanda procurou colmatar essa necessidade não só sentida por si como também verbalizada pelos próprios enfermeiros da UCIEN.

O tempo estipulado para a intervenção da formanda na UCIEN estava condicionado às 90 horas curricularmente previstas. Este facto constituiu um contratempo, na medida em que, condicionava a realização de um Manual que incluísse, dentro do possível, todos os meios e apoios existentes na comunidade, nomeadamente da região de abrangência do HFF E.P.E.. De forma a colmatar este facto, a formanda procurou na elaboração do Manual, fazê-lo de maneira a dar resposta maioritariamente à região Amadora-Sintra, particularmente aqueles que dessem resposta especificamente direcionada ao RN e suas famílias. Preocupou-se ainda em incluir uma abrangência de contatos, que dessem feedback às situações mais frequentes da população alvo da UCIEN, observadas em contexto hospitalar e UMAD. Foram assim nomeados alguns recursos comunitários que respondessem a situações de prematuridade, problemas com a amamentação, crianças com necessidades de saúde especiais, apoios materiais (por dificuldades socio-económicas das famílias), entre outros. Neste sentido, impôs-se a necessidade de criação de divisores no referido dossier, que procurassem dar uma resposta específica a cada tipo de situação (organizações, grupos formais de ajuda, grupos de ajuda mútua, grupos formais de apoio específico à parentalidade, sítios informativos, sítios de ajuda mútua, linhas telefónicas e literatura de apoio). A inclusão específica de literatura de apoio e de grupos de ajuda mútua surgiu como forma de implementar estratégias promotoras de esperança realista, aos pais dos neonatos internados, indo de encontro às ações que são preconizadas pela OE para o EESIP (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009).

O Manual foi estruturado em oito partes, onde cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos. Procurou-se compilar a informação de cada instituição, com as quais a UCIEN habitualmente contacta, assim como outras que foram consideradas

pertinentes (e oficialmente reconhecidas por instituições como seja pela OE). Foram incluídas informações como: tipo de organização, ano de fundação, destinatários, missão, objetivos, atividades e formas de contacto. A estrutura dinâmica do dossier previa a possibilidade de inserção de fichas de novos apoios comunitários, que a equipa de enfermagem considera-se na sua prática como pertinentes de acrescentar.

A entrevista informal telefónicamente realizada pela formanda, às associações, teve como critérios, não só a complementaridade da informação pesquisada, como também aquisição de dados relacionados com a forma de os pais acederem a essas instituições.

Pelo que foi anteriormente referido, a formanda implementou competências de EESIP, na medida em que *“facilita o suporte familiar e comunitário”* e *“referencia crianças com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.21).

Deste contexto resultou ainda a participação na elaboração e divulgação de uma banca (ANEXO XVIII) expositora, no recinto principal do hospital como mais uma forma comemorativa do *“Dia Internacional do Prematuro”*, no dia 17 de Novembro de 2012. Esta tinha como objetivo sensibilizar o público para a realidade da prematuridade e os cuidados e dificuldades inerentes no cuidar do RN prematuro, na UCLEN.

Toda a informação trabalhada pela formanda foi compilada em formato CD e entregue à Unidade, para consulta por todos os profissionais de saúde, na respetiva pasta de Intranet do hospital.

Refletir sobre a sua prática e o papel do EESIP, no âmbito do tema desenvolvido.

Este objetivo foi concretizado novamente pela formanda pela auto-reflexão e pela discussão e partilha de ideias sobre a complexidade das situações experienciadas, com as enfermeiras orientadoras e senhora professora da Universidade Católica de Lisboa. A elaboração de um Portfólio sob a forma de dossier, contribuiu para a apreensão de todas as experiências proporcionadas por esta Unidade, e todas as atividades desenvolvidas pela formanda neste contexto.

3 CONCLUSÃO

Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer, cabendo aos profissionais de saúde (nomeadamente aos enfermeiros) o papel fulcral, na deteção, sinalização, acompanhamento, e encaminhamento das situações de risco e/ou perigo para o menor.

Nesta linha de pensamento, surgiu a temática dos maus-tratos infantis como transversal a todos os Módulos da Unidade Curricular Estágio, resultante não só da realidade nacional atual, mas também de uma inquietação pessoal e profissional da formanda.

A pertinência do tema permitiu à interveniente desenvolver ações de enfermagem especializada em cada um dos Serviços e Unidades, que a acolheram. Pretendeu contribuir assim para uma atuação precoce na família, pela promoção de fatores protetores do desenvolvimento salutar da criança, procurando inibir os riscos e vulnerabilidade do menor à violência.

O presente relatório demonstra o processo de crescimento e maturação da formanda, na sua aquisição de competências resultantes de intervenções de enfermagem especializada, não só baseadas na aplicação de evidências técnico-científicas, mas também numa prática de saber-ser, saber-estar e saber-fazer como EESIP.

Todas as vivências da interveniente proporcionaram-lhe uma aquisição de conhecimentos e de experiências, num processo de crescimento formativo e auto-reflexivo.

A visão global do utente pediátrico, em diferentes contextos foi potenciadora do desenvolvimento de intervenções aos três níveis de prevenção de maus-tratos. No Módulo I, foram empreendidas ações a nível de prevenção primária e secundária, nos contextos da Casa da Encosta (em Cascais) e da Unidade de Cuidados na Comunidade (na Damaia). Nestas, destacaram-se a elaboração do “Guião Orientador da Visita Domiciliária” e o planeamento pioneiro do projeto “Mães Adolescentes”.

No Serviço de Pediatria do HFF E.P.E. (Módulo II), salientou-se a estruturação de uma “Folha de Risco”, num contributo de prevenção secundária e terciária, em situações de menores internados.

E na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (Módulo III), do mesmo hospital, salvaguardou-se uma intervenção de prevenção secundária, pela divulgação e sensibilização pública do Dia Internacional da Prematuridade e pela elaboração do “Manual de Apoio e Recursos da Comunidade”.

Com este tipo de intervenções dirigidas à criança, aos pais/família, aos profissionais de saúde, e à comunidade em geral, visou-se uma sensibilização e uma capacitação de cada um na adoção de comportamentos cada vez mais promotores das necessidades e direitos do menor.

Todo este percurso, foi visto pela formanda como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional não só pelas experiências, contextos e pessoas que foi conhecendo e com as quais foi contactando, mas também pela possibilidade em deixar o seu contributo efetivo de intervenção ativa nas situações de risco e/ou perigo infantil.

Este caminho permitiu à interveniente atingir a meta proposta de aquisição de competências como EESIP, particularmente naquela que diz respeito à maximização da saúde da criança/jovem, através da implementação e gestão em parceria, de *“(…) um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* e no diagnóstico precoce e intervenção *“(…) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

No final, considera-se que foram atingidos todos os objetivos e adquiridas todas as competências necessárias a um exercício de enfermagem especializado e mais qualificado no atendimento ao utente pediátrico.

Em suma, fica a sugestão de continuidade e adaptação dos planeamentos estruturados e das intervenções implementadas pela formanda, numa aposta contínua de desenvolvimento humano e profissional, no contributo de cuidar com cada vez mais qualidade a criança.

No final, fica a sensação de concretização, não só pelo crescimento pessoal decorrente das várias experiências e partilhas, como também pelo reconhecimento do seu trabalho, através da inclusão da interveniente no NHACJR do HFF E.P.E, do qual é atualmente elemento ativo nas ações que empreende.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APDMF – **Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família** [em linha]. Lisboa: APDMF, 2005 [Consult. 27 Abril 2012]. Disponível em <http://www.crescerser.org/index.php?conteudo=77>.

BANWELL, Cathy [et al.] - **Programmes for the children of illicit drug-using parents: issues and dilemmas**. Drug and Alcohol Review. Austrália. ISSN 0959-5236. Nº21, 2002, p. 381-386.

BERLIN, Lisa J. [et al.] - **Intergenerational Continuity in Child Maltreatment: Mediating Mechanisms and Implications for Prevention**. Child Development. EUA. Vol.38, nº1, Janeiro/Fevereiro 2011, p. 162-176.

CLAS (Conselho Local de Acção Social) – **Rede Social, Diagnóstico Social 2011 Amadora**. Amadora, 2011. 94p.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2009, 45p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

DAVIDSON-ARAD, Bilha [et al.] - **Distinguishing neglect from abuse and accident: analysis of the case files of a hospital child protection team in Israel**. Health and Social Care in the Community. Israel. Vol.18, nº6, 2010, p. 614-623.

DAVIDSON-ARAD, Bilha [et al.] - **Distinguishing neglect from abuse and accident: analysis of the case files of a hospital child protection team in Israel**. Health and Social Care in the Community. Israel. Vol.18, nº6, 2010, p. 614-623.

DGS – **Crianças e Jovens em Risco - Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007. 79p.

DGS – **Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2011. 79p.

DGS – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. 79p.

DGS - **Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa: DGS 2005, 50p. ISBN 972-675-084-9.

DGS – **Saúde dos Jovens em Portugal**. Lisboa: DGS, 2005. 97p. ISBN 972-675-137-3.

FUNDAÇÃO DO GIL – Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio [em linha]. Lisboa: Fundação do Gil, 2012 [Consult. 5 Dezembro 2012]. Disponível em <http://www.fundacaodogil.pt/projectos.aspx> .

HÄGGMAN-LAITILA, Arja [et al.] - **Effectiveness of resource-enhancing family-oriented intervention**. Journal of Clinical Nursing. Finlândia. Nº19, 2010, p. 2500-2510.

HBSC – **A Saúde dos Adolescentes Portugueses**. Lisboa: FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2012. 175p. ISBN 978-989-95849-5-2.

HENRY, Beverly M. [et al.] - **Health education for nurses in Japan to combat child abuse**. Nursing and Health Sciences. Japão. Nº5, 2003, p. 199-206.

HFF E.P.E. – **Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.** [em linha], 2009 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.hff.min-saude.pt .

HFF E.P.E. – **Maus Tratos às Crianças, Casuística do Serviço de Urgência Pediátrica 2009-2010, NHACJR** [em linha]. Amadora: NHACJR, 2011 [Consult. 15 Nov.2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.10/378>.

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Carta da Criança Hospitalizada**. Amadora, Outubro 2000. 14p.

KALNINS, Irene - **Latvian community nurses practising in a time of turmoil: a thin line of defence for children at risk**. International Nursing Review. EUA. Nº49, 2002, p. 111-121.

KELLEHER, Larni [et al.] - **Compulsory participation in a child protection and family enhancement program: Mothers' experiences**. Contemporary Nurse. Austrália. Vol. 41, nº1, 2012, p.101-110.

LEPISTÖ, Sari [et al.] - **Adolescents' experiences of coping with domestic violence**. Journal of Advanced Nursing. Inglaterra. Vol. 66, nº6, 2010, p.1232-1245.

LIDCHI, Victoria Gabrielle - **Reflections on Training in Child Abuse and Neglect Prevention: Experiences in Brazil**. Child Abuse Review. EUA. Vol16, 2007, p. 353-366.

LOUREIRO, Elizabete; FIGUEIREDO, Bárbara – **Prematuridade e maus tratos à criança**. Revista Do Instituto de Reinserção Social. Lisboa, 2000. 11p. ISSN 087-6565.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Coimbra: Quarteto, 2005. 141p. ISBN 989-558-074-6.

MELEIS, Afaf Hibráhim – **Theoretical Nursing. Development and progress**. 3ª ed. Philadelphia, New York: Lippincott, 665 p. 1997. ISBN 0-397-55259-9.

OLDS, David L. - **Improving the Life Chances of Vulnerable Children and Families with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership**. Psychosocial Intervention. Madrid. ISSN: 1132-0559. Vol. 21, nº2, 2012, p.129-143.

OE - **CIPE@2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. [em linha], 2010 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx> .

OE – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portuguesas, 2010. 6p.

POLÍTICA HFF E.P.E.– PO.0032/D.DEP. – **Filosofia dos Cuidados Pediátricos**. Departamento de Pediatria, 28/06/2011.

PORTUGAL, Assembleia da República – **Lei nº 104/98 de 21 de Abril**. Ordem dos enfermeiros. Diário da República, Lisboa, I Série (9398) 21 de Abril de 1998, p.1753 -1756.

PORTUGAL, Assembleia da República - **Lei nº 147/99, de 1 de Setembro** – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Diário da República, Lisboa, 1 de Setembro de 1999.

PRINZ, Ronald J. [et al.] - **Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial**. Prevention Science. EUA. Vol 10, 2009, p. 1-12.

RAMALHO , Anabela – **Manual Redacção de Estudos e Projetos de Revisão Sistemática com e sem Metanálise**. Coimbra: Formasau, 2005. 110p. ISBN 972-8485-54-9.

REYNOLDS, Arthur J.; ROBERTSON, Dylan L. - **School-Based Early Intervention and Later Child Maltreatment in the Chicago Longitudinal Study**. Child Development. EUA. ISSN: 0009-3920. Vol. 74, nº1, Janeiro-Fevereiro 2003, p. 3-26.

RUIVO, Maria Alice [et al.] – Metodologia de Projecto. Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Janeiro-Março 2010, nº15, p.37. ISSN 1646-5067.

SÁ-CHAVES, Idália – **Os “Portfolios” reflexivos (também) trazem gente dentro**. Porto: Porto Editora, 2005. 191p. ISBN 972-0-34737-6.

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

SUNDELIN, C. [et al.] - **Child health services in transition: I.Theories, methods and launching**. Acta Paediatrica. Suécia. ISSN: 0803-5253. Nº94, 2005, p.329-336.

TAYLOR, Julie S. - **Salutogenesis as a framework for child protection: literature review**. Journal of Advanced Nursing. Inglaterra, Vol 45, nº6, 2004, p.633-643.

THOMLISON, Barbara - **Characteristics of Evidence-Based Child Maltreatment Interventions**. Child Welfare League of America. EUA. Vol. LXXXII, nº5, 2003, p. 541-569.

UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) - **Plano Acção da Unidade de Cuidados Continuados da Comunidade, Amadora+**. ACES VII, 2009. 174p.

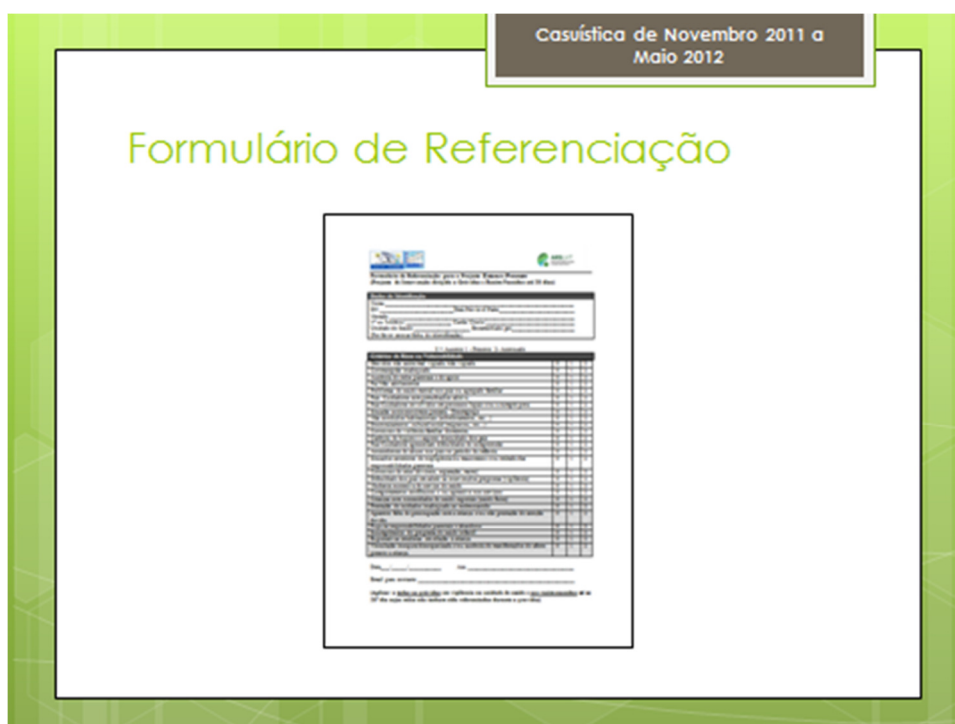
UCIEN – **Manual de Enfermagem da UCIEN 2010-2011**. Amadora: Hospital Prof.Dr. Fernando Fonseca, EPE, 2010. 22p.

WAIBEL – DUNCAN, Mary Katherine - **Prospective Nurses’ Appraisals of Screening for Child Neglect in Primary Care Settings**. Paediatric Nursing. EUA. Vol 32, nº1, Janeiro-Fevereiro 2006, p.13-17.

ANEXOS

ANEXO I

- CASUÍSTICA DO “ESTAMOS PRESENTES” -



Casística de Novembro 2011 a Maio 2012

Dados Gerais

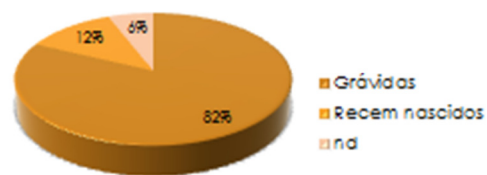
- Formulários de Referência para o Projeto "Estamos Presentes": 116

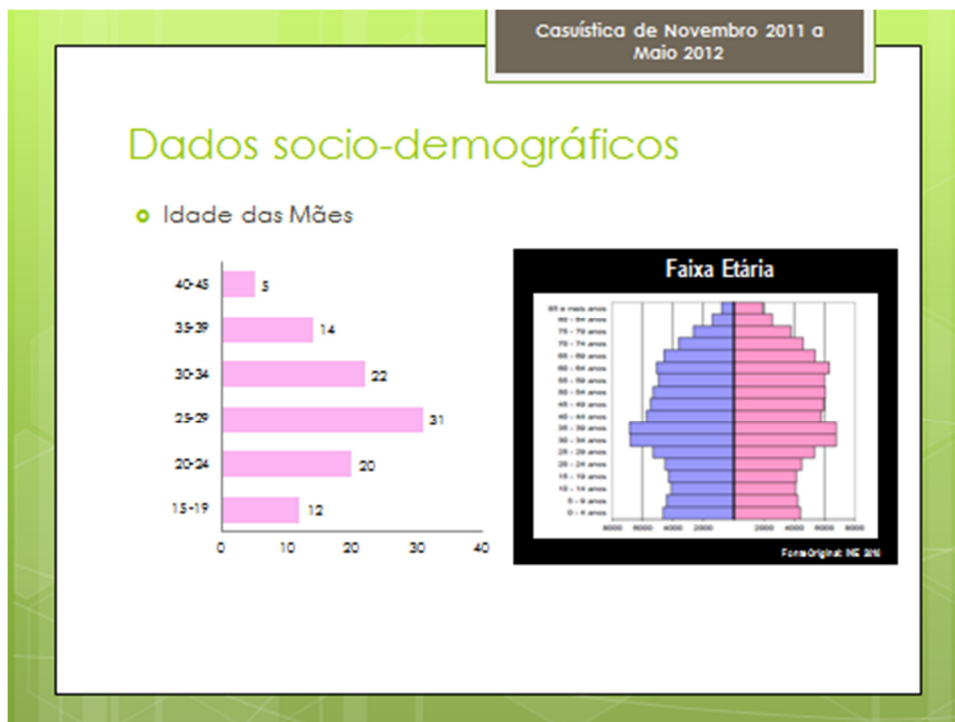


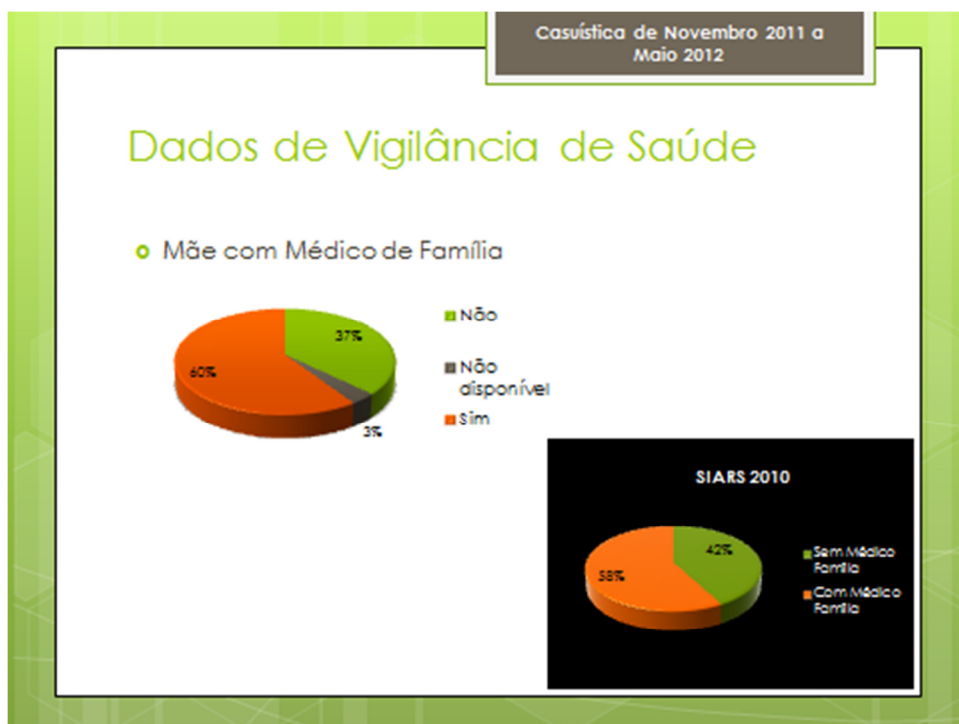
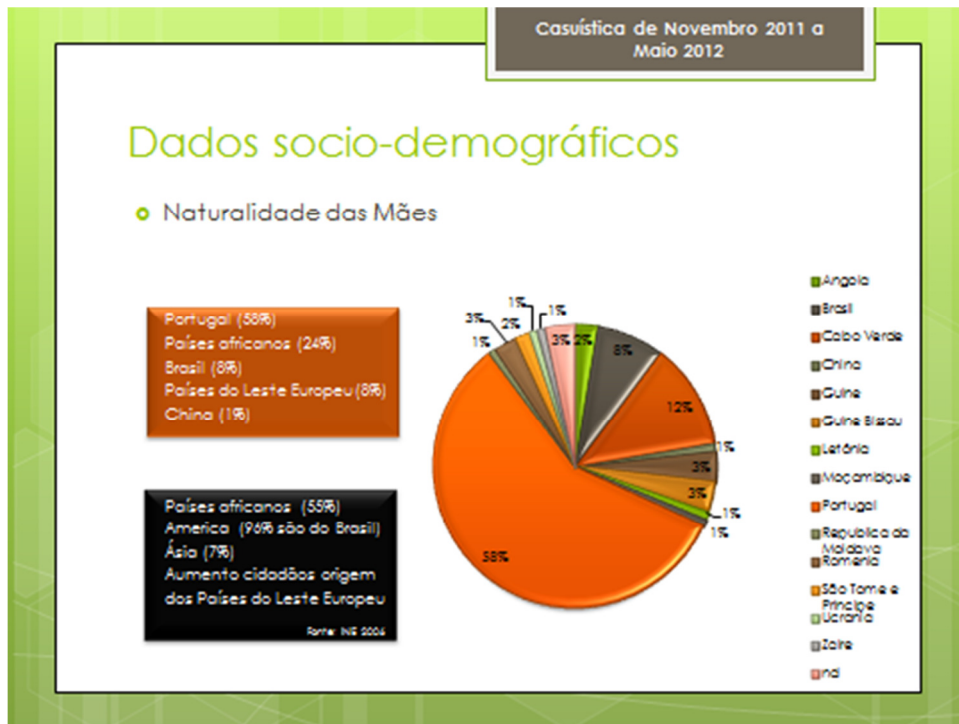
Casística de Novembro 2011 a Maio 2012

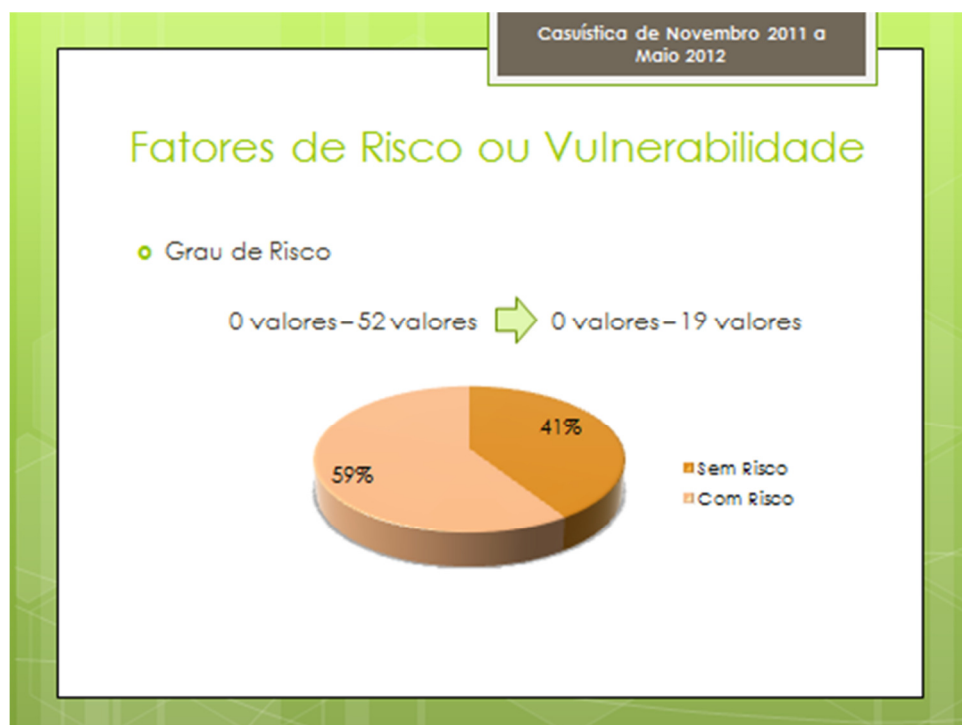
Dados Gerais

- Referenciação de Grávidas/Recém-nascidos









Casística de Novembro 2011 a
Maio 2012

Intervenção dos Profissionais Saúde

- Registo Informático do Projeto "Estamos Presentes"

Processo N.º Atividade: 00 ACES AMADORA: U.C.E. Amadora 4
Então Presentes

Nome: Filipe de Carlo Sofia da Silva Gonçalves Gaspar ALTA: Nova Ficha: Editar Ficha:

Referência de Unidade:

Encaminhado por: Data Abort.Proc:

Avaliação/ Plano de Cuidados Data 1ª Abordagem: 15-05-2012

Data de Avaliação: 15-05-2012 Sessão Processo (O): Enf. Maria João Ivo
Sessão Processo (P): Psic. Patrícia Ganga

Ações: Ver ficha de (2011 ou 2012) GRAVAR Passivos: Ver ficha de (2011 ou 2012)

Atualizar

Casística de Novembro 2011 a
Maio 2012

Intervenção dos Profissionais Saúde

- Registo Informático do Projeto "Estamos Presentes"

27 PROCESSOS
26 VISITAS DOMICILIÁRIAS



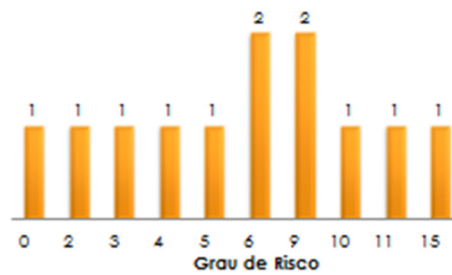


Casuística de Novembro 2011 a
Maio 2012

Fatores de Risco ou Vulnerabilidade

o Grau de Risco

0 valores – 52 valores → 0 valores – 15 valores

Casuística de Novembro 2011 a
Maio 2012

o Fatores de Risco ou Vulnerabilidade

Situação socio-económica Precária/ Desemprego (83%)
 Contraceção Inadequada (75%)
 Gravidez não aceite/Mal vigiada/Não vigiada (59%)
 Desenraizamento Cultural/Social (33%)
 Pais Cuidadores apresentam dificuldades de compreensão (25%)
 Grau de Risco Médio: 7



ANEXO II

- GUIÃO ORIENTADOR DA VISITA DOMICILIÁRIA -



ESTAMOS PRESENTES

Guião Orientador da Visita Domiciliária



“Estamos Presentes”

Guião Orientador da Visita Domiciliária

Joana Marques Romeiro

[Trabalho desenvolvido na sequência do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica de Lisboa, que decorreu de 30 de Abril a 23 de Junho de 2012, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Amadora +, da Damaia.]

AMADORA, JUNHO DE 2012

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	9
“ESTAMOS PRESENTES”	11
1 POPULAÇÃO ALVO	12
1.1.A CRIANÇA	12
1.2.A FAMÍLIA.....	14
1.3.A COMUNIDADE.....	20
1.3.1.Dados Socio-Demográficos	20
1.3.2.Serviços de Saúde	23
1.3.3.Educação	25
1.3.4.Habitação.....	26
1.3.5.Proteção Social	27
1.3.6.Violência Doméstica	27
1.3.7.Crianças e Jovens em Risco.....	29
1.3.8.Outros Serviços de Apoio a Crianças e Jovens.....	30
2 PROBLEMÁTICA: MAUS-TRATOS.....	32
2.4.RISCO VS PERIGO.....	34
2.5.FATORES DE RISCO VS VULNERABILIDADE.....	35
3 IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO PERIGO .	38
4 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DE FATORES DE	
PROTEÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA	48
4.1.ASSISTENTE SOCIAL.....	49
4.2.PSICÓLOGO.....	49
4.3.ENFERMEIRO.....	49
5 VISITA DOMICILIÁRIA	51
5.1.PLANEAMENTO.....	52

5.2.EXECUÇÃO.....	53
5.2.1. Validação dos Fatores de Risco da Família/Recém Nascido	55
5.2.2. Identificação de Fatores de Proteção.....	56
5.2.3. Necessidades de Desenvolvimento da Criança	57
5.2.4. Avaliação das Competências Parentais.....	58
5.2.5. Avaliação dos Fatores Familiares e Ecológicos	58
5.3.AVALIAÇÃO.....	61
5.4.REGISTO DA VISITA DOMICILIÁRIA	62
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Percurso Familiar de um Indivíduo (Adaptado de STANHOPE e LANCATER 1999, p. 497).....	15
Ilustração 2 - Freguesias do Concelho da Amadora (Adaptado de PLANO ACÇÃO da UCC, Amadora+, 2009).....	20
Ilustração 3 - Localização das Instalações do ACES VII (Adaptado de CLAS 2011).....	23
Ilustração 4 - Níveis de Intervenção (Adaptado de DGS 2008, p.5)	34
Ilustração 5 - Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção em Situações de Risco e de Perigo (Adaptado de CPCJ 2010,p.30; Fonte Original: Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families.London: The Stationery Office).....	36
Ilustração 6 - Modelo Ecológico para a interpretação dos Maus Tratos (Adaptado de Krug EG et al. (Eds.) (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organization)...	36
Ilustração 7 - Esquema de Intervenção em Centro de Saúde, sobre situações de Crianças em Risco (Adaptado de DGS 2007,p.27).....	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Evolução da População Residente no Concelho por Freguesia (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: INE, Recenseamento Populacional 2001 e 2011)	21
Gráfico 2 - Pirâmide Etária (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: I NE, 2010).....	21
Gráfico 3 - Evolução do número de desempregados inscritos no CE, segundo grupo etário (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: IEFP).....	22
Gráfico 4 - Faixa etária das Vítimas de Violência Doméstica atendidas no RIIVA (Adaptado de CLAS 2011 P.62; Fonte Original: RIIVA 2010)	28
Gráfico 5 - Problemáticas relacionadas com os casos de Violência Doméstica (Adaptado de CLAS 2011, p.63, Fonte original: RIIVA 2010).....	28
Gráfico 6 - Número de Processos de Crianças e Jovens em Risco, abertos de 2010 (Adaptado de CLAS 2011, p.69; Fonte original: CPCJ Amadora 2010)	29
Gráfico 7 - Motivo de Intervenção nos casos de crianças referenciadas à CPCJ Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.71; Fonte original: CPCJ Amadora).....	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Papel dos Irmãos , consoante a sua idade, no ciclo familiar (Adaptado de STANHOPE e LANCATER 1999, p.503).....	17
Tabela 2 – Estádios familiares e respetivas tarefas de desenvolvimento (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p.505).....	18
Tabela 3 – Fases de Transição na Separação (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p.509).....	19
Tabela 4- Oferta Educativa no Concelho da Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.34)	25
Tabela 5 - Tipologia dos Maus-Tratos (Adaptado de CPCJ 2010, p. 26; Fonte Original: Alves 2007).....	33
Tabela 9 - Fatores de Risco (Adaptado de CPCJ 2010, p.32).....	55
Tabela 10 - Fatores de Proteção/Compensatórios (Adaptado de CPCJ 2010, p.32).....	56
Tabela 6 - Necessidades de Desenvolvimento da Criança (Adaptado de CPCJ 2010, p.31).....	57
Tabela 7 - Competências Parentais (Adaptado de CPCJ 2010, p.31)	58
Tabela 8 – Fatores Familiares e Ecológicos (Adaptado de CPCJ 2010, p. 32)	58

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos do Centro de Saúde
CAV – Centro de Apoio à Vida
CE - Centro de Emprego
CLAS - Conselho Local de Acção Social
CLIMA - Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia da Amadora
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CRI - Centro de Respostas Integradas
DGS - Direcção Geral de Saúde
ELI - Equipa Local de Intervenção
HFF - Hospital Fernando Fonseca
IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
NEE - Necessidades Educativas Especiais
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAAR - Programa de Apoio de AutoReajamento
PER - Programa Especial de Reajamento
RIIVA - Rede Integrada de Intervenção na Violência na Amadora
RN - Recém-Nascido
RSI - Rendimento Social de Inserção
SIARS - Sistema de Informação das Administrações de Saúde
SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos constituem uma problemática atual e com consequências irreversíveis no desenvolvimento bio-psico-social e cultural da criança. Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer.

O presente guião, não pretende esgotar esta temática mas servir como linha orientadora da atuação dos profissionais de saúde na sua intervenção junto da criança e família, no contexto da visita domiciliária. A sua pertinência, advém da necessidade de apostar na qualidade e eficácia de atuação, com o intuito de otimizar a abordagem, no processo de identificação, avaliação e intervenção em situações com fatores de risco ou vulnerabilidade. Pretende contribuir assim para a promoção de um ambiente familiar favorável ao desenvolvimento e crescimento da criança.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho, baseou-se na observação e inclusão dos contributos e experiência prática dos profissionais de saúde que constituem a equipa do Projeto “Estamos Presentes”. Recorreu-se ainda a uma revisão bibliográfica, mais especificamente, da legislação portuguesa atualmente em vigor, e de uma variedade de documentos técnicos já existentes e orientadores da intervenção na família e em crianças e jovens em risco.

Tendo presente, que as particularidades da comunidade e cultura em que o agregado familiar se insere influenciam a sua maneira e forma de estar, com repercussões na dinâmica familiar, procurou-se adaptar o seu conteúdo à realidade da comunidade abrangida pelo ACES VII, Amadora +, a fim de possibilitar uma abordagem mais direcionada e individualizada para a sua população alvo.

Para facilitar a leitura, o guião foi estruturado em cinco partes, onde cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos profissionais a quem este se dirige.

A primeira, focaliza-se na caracterização da população alvo, nomeadamente aspetos relacionados com a criança recém-nascida, da família e da comunidade da Amadora em que se insere a criança/família e que determinam o comportamento cultural e social adotado no seio familiar.

Na segunda, é realizada uma breve abordagem à problemática dos maus-tratos e feita distinção entre risco/perigo e fatores de risco/vulnerabilidade.

A terceira parte dedica-se à identificação da necessidade de intervenção dos profissionais de saúde na prevenção de situações de perigo. Destacam-se e descrevem-se as características da família/gravidez e seu contexto socio-cultural e as características específicas da criança e interação família/criança, que servem de base de avaliação e posterior intervenção.

A quarta parte, por seu lado, é dedicada ao papel dos diferentes profissionais de saúde na promoção de fatores de proteção da criança/família, e que possam constituir fatores de redução do risco e conseqüentemente do perigo de ocorrência de mau-trato.

A quinta e última parte, do presente trabalho, dedica-se à visita domiciliária e suas fases, focando-se num relacionamento de estreita parceria entre profissionais/família, por forma a constituir um meio de avaliação das necessidades e do fortalecimento das competências parentais no cuidar do seu recém-nascido.

Por último, este guião inclui ainda, uma lista de anexos respetivos ao conteúdo trabalhado, com bibliografia útil, instrumentos de avaliação, formulários técnicos e/ou outros, que foram considerados pertinentes e de interesse.

“ESTAMOS PRESENTES”

O Projeto “Estamos Presentes”, insere-se nos Projetos de Intervenção no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Amadora + .

O seu início, remete-se ao ano de 2010, visando famílias com recém-nascidos até aos 28 dias de vida, inscritas na área de abrangência do ACES VII, com critérios de risco ou vulnerabilidade para maus-tratos.

Apresenta-se como um Projeto de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva, no âmbito da saúde e da ação social. Tem como objetivos:

- Assegurar condições facilitadoras do normal desenvolvimento da criança;
- Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar;
- Reforçar as competências familiares;
- Ajudar na ativação de todas as redes de suporte formal e informal.

A consecução de tais objetivos, é feita por intermédio de uma equipa de profissionais disponíveis, motivados e competentes que abraçam atualmente este Projeto e, entre os quais se incluem duas Enfermeiras (Sra. Enf^a. Maria João Ivo e Sra. Enf^a. Alexandra Neves), uma Assistente Social (Sra. Doutora Manuela Repas) e uma Psicóloga (Sra. Doutora Patrícia Granja). A sua atuação visa, desta forma, o primeiro nível de intervenção nomeadamente na prevenção, deteção precoce e acompanhamento de situações de eventual risco, conferindo respostas adequadas e individualizadas a cada uma das situações identificadas.

1 POPULAÇÃO ALVO

O Projeto, tal como foi anteriormente referido, visa a criança recém-nascida (até aos 28 dias de idade) e respetiva família, inscritas na área de abrangência do ACES VII. Neste ponto, importa fazer uma breve abordagem aos conceitos de criança e família e suas especificidades, e enquadrá-las na comunidade da UCC, Amadora +. A sua compreensão é imprescindível ao diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação das situações, visando a qualidade do desempenho dos profissionais de saúde.

1.1. *A Criança*

O conceito de “criança”, hoje em dia, é definida pela Convenção dos Direitos da Criança, como sendo “*todo o ser humano menor de 18 anos*” (UNICEF, 1989: 6, Artº1). A atitude face à criança foi evoluindo ao longo da História da Humanidade, existindo atualmente insituições várias que se dedicam a garantir a sua proteção e os seus direitos, de entre os quais se encontram: a não discriminação de qualquer criança, independentemente do sexo, raça, cor, cultura ou religião (Artigo 2); o interesse superior da criança (Artigo 3); o direito à vida (sobrevivência e desenvolvimento), ao nome e nacionalidade, proteção da identidade, e direito a não ser separada dos pais (Artigos 6, 7, 8 e 9, respectivamente); direito à sua opinião e à liberdade de expressão (Artigos 12 e 13); direito de acesso à informação (Artigo 17); proteção contra maus-tratos e negligência (Artigo 19); direito a proteção enquanto privada do seu meio familiar, e direito à adoção (Artigos 20 e 21); proteção e cuidados especiais a crianças refugiadas e deficientes; (Artigos 22 e 23); direito à saúde e serviços médicos (Artigo 24); direito à educação (Artigo 28); direito ao lazer, atividades recreativas e culturais (Artigo 31); proteção contra o trabalho infantil, e contra o consumo e o tráfico de drogas (Artigos 32 e 33); proteção contra a violência e a exploração sexual (Artigo 34); proteção contra a venda, o tráfico ou o rapto de crianças (Artigo 35); proteção contra tortura e privação de liberdade (Artigo 37); e proteção contra participação em conflitos armados (Artigo 38) (UNICEF, 1989).

É de salientar que atualmente a legislação portuguesa, contempla a proteção e defesa das crianças regulamentando também a atuação das entidades competentes na garantia dos seus direitos. (Anexo I)

A criança é um ser dependente, incapaz de satisfazer por si própria todas as suas necessidades e conseqüentemente incapaz de assegurar a própria sobrevivência. A família, é geralmente, aquela que assume a garantia da satisfação das suas necessidades: físico-biológicas (alimentação, higiene, vestuário, sono, atividade física, proteção de riscos reais e saúde), cognitivas (estimulação sensorial, estimulação física e socialização, compreensão da realidade física e social), e socio-emocionais (segurança emocional, expressão emocional, rede de relações sociais, participação e autonomia progressiva, sexualidade e interação) (CPCJ 2008, p.22).

Segundo a mesma fonte, “(...)normalmente os pais prestam os cuidados adequados aos filhos, proporcionam-lhes formação integral e oferecem-lhes relações securizantes a partir das quais a criança pode desenvolver uma visão positiva de si mesma e das pessoas que a rodeiam” (CPCJ 2008, p.13). É no seio da família que a criança cresce, desenvolve-se física e emocionalmente, aprende a interagir socialmente e desenvolve uma identidade própria.

Tal como anteriormente referido, quando se faz referência ao conceito de “criança”, englobam-se diferentes faixas etárias, dos 0 aos 18 anos, com características distintas de desenvolvimento, assim como diferentes graus de dependência em relação a outrém.

No contexto do desenvolvimento do presente trabalho, importa salientar a criança recém-nascida (dos 0 aos 28 dias de vida), que pela sua imaturidade de desenvolvimento, exige uma satisfação permanente das suas necessidades, por parte dos pais e/ou cuidadores. Nesta fase, é de extrema importância a relação da díade mãe-filho. A qualidade desta interação e vinculação vai determinar a organização, a forma de agir e reagir do bebé, assim como a maneira como apreende os estímulos e interpreta o ambiente que o rodeia. Segundo MONTEIRO e SANTOS (1998), o recém-nascido (RN) encontra-se no primeiro estágio de desenvolvimento psicossocial, que se caracteriza pela dualidade confiança *versus* desconfiança. Ou seja, a criança nesta fase, e através da relação que estabelece com a mãe, aprende a ter ou não confiança. Este sentimento irá refletir-se na vida futura do filho, uma vez que, inerente a uma vinculação insegura e inadequada pode apresentar baixo auto-conceito e auto-estima, com comprometimento na capacidade de se relacionar e dificuldade no estabelecimento de relações positivas e bem sucedidas com os outros.

Dada a fragilidade deste período específico de vida, o RN constitui um alvo prioritário e que justifica uma especial atenção e disponibilidade dos profissionais e Serviços de Saúde. Tal situação, justifica a intervenção do Projeto “Estamos Presentes” que é destinada a esta população específica.

1.2. A Família

Indissociável da criança, encontra-se o seio familiar, onde é gerada, cresce e se constrói como indivíduo ativo da sociedade. Para se poder compreender a criança é assim necessário compreender também a família.

A família, é segundo STANHOPE e LANCASTER (1999, p.493) , parafraseando Johnson *“composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”*. Depreende-se, que a família constitui um grupo, que é composto por dois ou mais elementos onde cada um contribui de forma própria (através das suas características individuais), encontrando-se empenhados e comprometidos numa interação e influência mútua, que gera respostas não só entre si mas também ao sistema mais geral (ambiente/comunidade/sociedade) em que se inserem. Pode-se dizer que à semelhança da conhecida frase *“o todo é mais do que a soma das suas partes”*, paralelamente o todo familiar constitui mais do que a soma de todos os seus elementos. Constitui um meio onde ocorre o processo de socialização dos membros através do desempenho de papéis (indispensável à vida e interação social), e do contato com as normas sociais e culturais. Ou seja, na família criam-se comportamentos particulares, como: as expectativas em relação a determinado papel, os padrões de comunicação, o conceito de autoridade e a tomada de decisão. Estes comportamentos e atitudes são distintos e diferem de agregado para agregado familiar.

Intimamente responsável por garantir as necessidades dos seus elementos, à família compete a garantia da afetividade, estabilidade, recursos financeiros (para a alimentação, vestuário e abrigo), e a criação de oportunidades de educação e de acessibilidade aos Serviços de Saúde (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Importa salientar a função básica da família na proteção da sua saúde e dos seus elementos, através da criação de condições adequadas ao seu desenvolvimento biológico, físico, psicológico e social. Cada agregado desenvolve um sistema de crenças, pressupostos e atitudes face à saúde e doença, culturalmente definidos, e que são perpretados pelos seus elementos à geração seguinte. Das funções e tarefas de saúde pelas quais , a família, é responsável destacam-se:

- Assegurar alimentos;
- Abrigo e vestuário adequados;
- Manutenção do ambiente físico domiciliário favorável à saúde;
- Manutenção do ambiente psicossocial domiciliário favorável à saúde;

- Assegurar os recursos de manutenção de higiene pessoal, assegurar as respostas às necessidades espirituais;
- Educação para a saúde;
- Promoção da saúde;
- Tomada de decisões em situação de saúde-doença;
- Reconhecimento de ruturas de desenvolvimento;
- Reconhecimento de ruturas da saúde, recurso aos cuidados em situação de doença;
- Primeiros socorros;
- Supervisão de medicação;
- Cuidados de saúde (a curto e longo prazo);
- Cuidados de reabilitação;
- Envolvimento na saúde da comunidade (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

A família era, tradicionalmente, definida com base na família nuclear, constituída pela mãe, pai e filhos pequenos. O casal permanecia junto ao longo das diferentes fases do ciclo de vida e eram monógamos. A forma, como era feita a distribuição dos papéis e expectativas respondia a uma norma, onde por exemplo, as crianças iam para a escola e o pai ia trabalhar todos os dias, constituindo o meio de subsistência económica. Ao longo dos tempos, esta estrutura de família nuclear sofreu mutações observando-se atualmente vários tipos de estruturas, diferentes da tradicional (Ilustração 1).

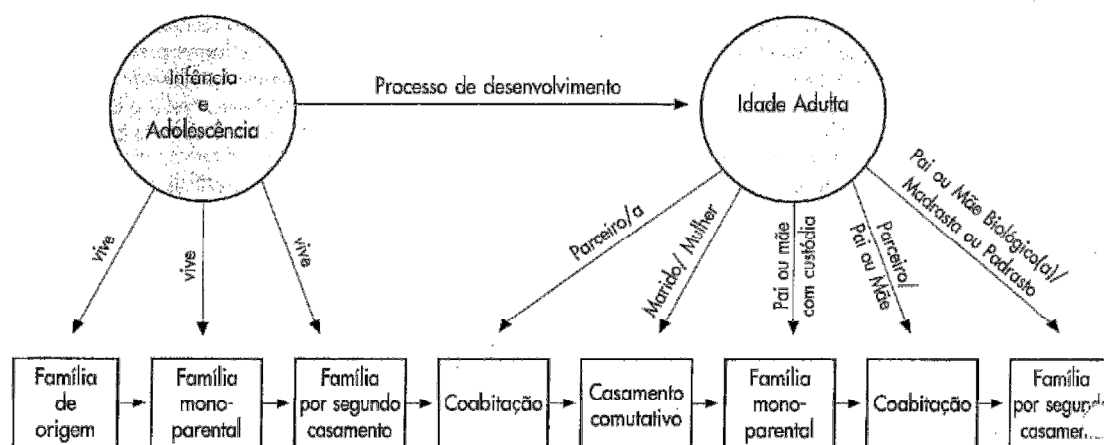


Ilustração 1 – Percurso Familiar de um Indivíduo (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p. 497).

É possível distinguir, diferentes estruturas familiares e habitacionais que segundo STANHOPE e LANCASTER (1999), se pode dividir em: Família com casamento (família nuclear tradicional, família com duplas carreiras profissionais, marido/pai fora de casa, família por segundo

casamento, família por adoção, família de criação, família voluntariamente sem filhos); Família monoparental sem nunca ter havido casamento (solteiro voluntário com filhos biológicos ou adotados, solteiro involuntário com filhos); Família monoparental com casamento formal (viúvo/a com filhos, divorciado/a com filhos (pai/mãe com custódia, custódia conjunta dos filhos, família binuclear); Lar com múltiplos adultos com crianças ou não (casal a coabitar, comunas, famílias por afiliação, família alargada, nova família alargada, indivíduos que partilham uma casa, parceiros do mesmo sexo, parentesco fictício).

Inevitavelmente também se observaram alterações, na organização, nos papéis e nas responsabilidades que cada um dos elementos assume na dinâmica familiar.

Numa família, cada elemento ocupa uma determinada posição ou estatuto, que por sua vez acarreta determinadas tarefas, como por exemplo o de : marido, mulher, filho e irmã. Por outro lado, cada elemento ocupa-se por vezes de uma variedade simultânea de papéis, como sejam o de marido, pai e avô. Esses papéis determinam as expectativas de comportamento, obrigações e direitos relacionados com a posição ocupada na família. No desenrolar desses papéis cada um desenvolve conhecimentos competências e habilidades específicas que ajudam a manter um equilíbrio saudável familiar. Uma série de fatores sociais e culturais determinam o seu desempenho (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Há que salientar, neste ponto, a divisão habitual, no entanto, muito diversificadas de papéis. Habitualmente os adultos da família assumem os papéis de: socialização da criança, cuidados à criança, papel de suporte familiar, papel de encarregado/a dos assuntos domésticos, papel de manutenção das relações familiares, papel sexual, papel terapêutico e papel recreativo (STANHOPE e LANCASTER, 1999). Poderá ocorrer a acumulação de papéis pelo mesmo adulto, quando em presença de uma mudança da estrutura familiar decorrente de uma situação de separação ou divórcio do casal.

Certos papéis familiares, mantêm-se inalterados (STANHOPE e LANCASTER, 1999) como sejam o dos irmãos (constituem um subgrupo da família) que assumem o papel de contribuir para a aprendizagem e desenvolvimento da identidade uns dos outros e agem como elementos defensores do ambiente externo). Torna-se curioso observar o contributo dos irmãos, no ciclo de vida familiar, e que é possível observar na Tabela 1.

IDADE DOS IRMÃOS	COMPORTAMENTOS
PRÉ-ESCOLAR	Lidar com a competição pela atenção dos pais; Lidar com a injustiça da diferença de tratamento por parte dos pais em relação a outros irmãos.
ESCOLAR	Desenvolver uma estrutura afetiva fraternal; Comprometer-se com os irmãos no desempenho de papéis; Funcionar como modelo para os irmãos; Desenvolver padrões de poder no subsistema fraternal; Ajudar no papel de socialização conforme o sexo.
ADOLESCENTE	Aprender uns com os outros a relacionar-se com pares do sexo oposto; Fornecer aos irmãos mais novas informações sobre o conteúdo das tarefas dos adolescentes; Dar apoio e conhecimentos que podem atenuar os conflitos pais-adolescentes; Servir de mediadores dentro da família e também entre esta e a comunidade alargada;
ADULTO	Manter os contatos fraternais através de contatos obrigatórios com os pais; Manter laços fraternais; Desempenhar funções de apoio familiar depois da morte dos pais.

Tabela 1 – Papel dos irmãos , consoante a sua idade, no ciclo familiar (Adaptado de STANHOPE e LANCATER 1999).

À luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, observa-se a família como um organismo vivo em processo de equilíbrio permanente e contínuo. A família é vista como um todo, um sistema, cujas partes estão em constante interação.

A interação da família visa a manutenção da homeostase, ou seja do seu equilíbrio. Para tal, é necessário um processo de adaptação dinâmico e contínuo. As exigências podem afetar a harmonia e a estabilidade do agregado familiar, sendo que quando a capacidade de estabilização e de reação falha ou quando a família permanece num estado de desarmonia prolongada, ficando incapaz de satisfazer as suas necessidades pode surgir a situação de doença.

A família é um sistema aberto com fronteiras que são afetadas e penetradas pelo ambiente externo. Este sistema está sujeito a agentes stressores do ambiente que exigem uma resposta por parte do agregado familiar e que poderão provocar alteração na estabilidade do sistema. É exigida uma resposta de defesa a esse agente stressor, que poderá implicar uma reorganização dos papéis dos elementos da família (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

À semelhança de uma criança, também a família evolui e se transforma ao longo do tempo (desenvolvimento familiar) em resposta às necessidades de sobrevivência e de adaptação ao stress.

É possível falar-se em fases ou estádios comuns e gerais da vida familiar, que decorrem de mudanças e reorganização de papéis, definidas como pontos de transição críticos. O nascimento e crescimento das crianças no agregado, são considerados como pontos de transição, e determinam alterações nas tarefas de desenvolvimento da família (Tabela 2).

ESTÁDIOS FAMILIARES	TAREFAS DE DESENVOLVIMENTO
Formação da família	Casamento; Relacionamento com a rede familiar; Planeamento familiar.
Nascimento dos filhos (expansão familiar)	Estabilização da unidade familiar; Reajustamento dos membros da família no que respeita aos conflitos relacionados com as tarefas de desenvolvimento; Apoio nas necessidades de desenvolvimento, da mãe, do pai e das crianças.
Família com filhos em idade pré-escolar	Socialização e resposta às necessidades básicas dos filhos; Manutenção de um casamento estável.
Família com filhos em idade escolar	Socialização dos filhos; Promoção do desempenho escolar; Manutenção de uma relação conjugal satisfatória.
Família com filhos adolescentes	Equilíbrio da liberdade e responsabilidade dos adolescentes; Manutenção de uma relação aberta entre pais-filhos; Manutenção de uma relação conjugal estável; Construção de alicerces para os futuros estádios familiares.
Saída dos filhos de casa	Independência dos filhos e jovens adultos; Reajustamento do casamento; Apoio aos pais idosos.
Família de meia idade	Reforço da relação familiar; Manutenção da relação com os pais e filhos; Promover um ambiente saudável; Cultivar atividades de tempos livres.
Família idosa	Adaptação à reforma; Manutenção de modos de vida satisfatórios; Adaptação à diminuição dos rendimentos; Adaptação aos problemas de saúde; Adaptação à morte de um dos elementos do casal.

Tabela 2 – Estádios familiares e respetivas tarefas de desenvolvimento (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p.505).

Importa focar, o estágio referente ao nascimento dos filhos, tendo em conta a população alvo (as crianças dos 0 aos 28 dias de idade) do presente Projeto. Com o nascimento de um filho, ocorre inevitavelmente uma alteração de papéis, caso se trate do primogénito, o papel de marido/mulher altera-se para o de pai/mãe. Esta mudança implica o desenvolvimento de papéis parentais, a aceitação da dependência normal do RN e a necessidade de reajustamento dos membros da família.

A evolução e desenvolvimento natural do ciclo familiar, pode ser interrompido pelo surgimento de alterações na estrutura base da família, decorrente de uma situação de separação ou divórcio do casal (geradora de stress). Ocorre uma transição de família nuclear para uma família monoparental, possível de observar na Tabela 3.

FASES DE TRANSIÇÃO NA SEPARAÇÃO	
Fase da pré-separação	Separação emocional gradual; Continuar a desempenhar papéis públicos/sociais; Evitar falar da situação publicamente; O iniciador habitualmente sente culpa; O consentidor habitualmente sente ódio.
Fase inicial da separação	Estado de falta de ânimo emocional e social; Ambivalência emocional (sente-se vacilar); Ambiguidade em relação à separação; Estatuto familiar indefinido.
Fase de plena separação	Ainda sente distúrbios emocionais; Confronta-se com uma deficiência da estrutura (duas casas separadas); Reorganização das relações dos membros da família; Conflito entre dar resposta às suas necessidades e às necessidades dos filhos; Converter as ansiedades ao ódio "dirigido ao outro"; Reestruturar tarefas para dar resposta às necessidades de saúde e nutricionais dos filhos (pode ser necessário apoio externo); Tentar criar uma relação com o ex-companheiro; Procurar apoio dos amigos/parentes, etc.
Fase pós-separação	Os padrões antigos são substituídos por outros novos: reorganização familiar, Período de tentativa e erro para dar resposta às necessidades; Os conflitos de poder do casamento agravam-se; Reavaliação da situação económica da família e das relações de amizade; Criação de um sentimento de família pelos seus membros.

Tabela 3 – Fases de Transição na Separação (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p.509).

Esta mudança causa a necessidade de reorganização de papéis e funções, ocorrendo acumulação de papéis pelo mesmo adulto. A mãe solteira, pode ter de assumir as responsabilidades que eram assumidas pelo marido (exemplo: reparações domésticas ou sustento económico), enquanto que o pai pode ver a necessidade de assumir responsabilidades que eram habitualmente da mãe (exemplo: tarefas domésticas ou cuidar das crianças). Esta situação pode ser um problema, uma vez que numa família com crianças, a tarefa de cuidar e educar os filhos pequenos pode ficar comprometida, pois fica geralmente ao encargo de apenas um dos pais, que por vezes não dispõe de recursos suficientes para dar resposta a todas as tarefas que lhe são exigidas (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

1.3. A Comunidade

Para compreender a família, é necessário compreender a comunidade em que ela se insere, que determinam os seus comportamentos e que podem constituir forças de proteção ou fatores de stress adicional familiar. Este stress pode influenciar a dinâmica familiar e consequentemente a capacidade de promover um ambiente adequado e de qualidade à criança.

A família é reflexo da transmissão de valores e comportamentos social e culturalmente enraizados, implementados pela comunidade em que se insere. Justifica-se, deste modo, uma caracterização sumária da comunidade (fatores geográficos, sociais, económicos e culturais) do ACES VII, em que se inserem as crianças alvo do presente Projeto.

1.3.1. Dados Socio-Demográficos

Conselho Local de Acção Social (CLAS), que baseou a sua análise no Instituto Nacional de Estatística (INE), apresenta-se como a fonte de informação privilegiada na obtenção dos dados que se passam a descrever.

Geograficamente o Município da Amadora encontra-se incluído na Área Metropolitana de Lisboa Norte (AMNL) e faz fronteira terrestre com os Municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras. É constituído por 11 freguesias (Ilustração 2): Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfofnelos e São Brás.

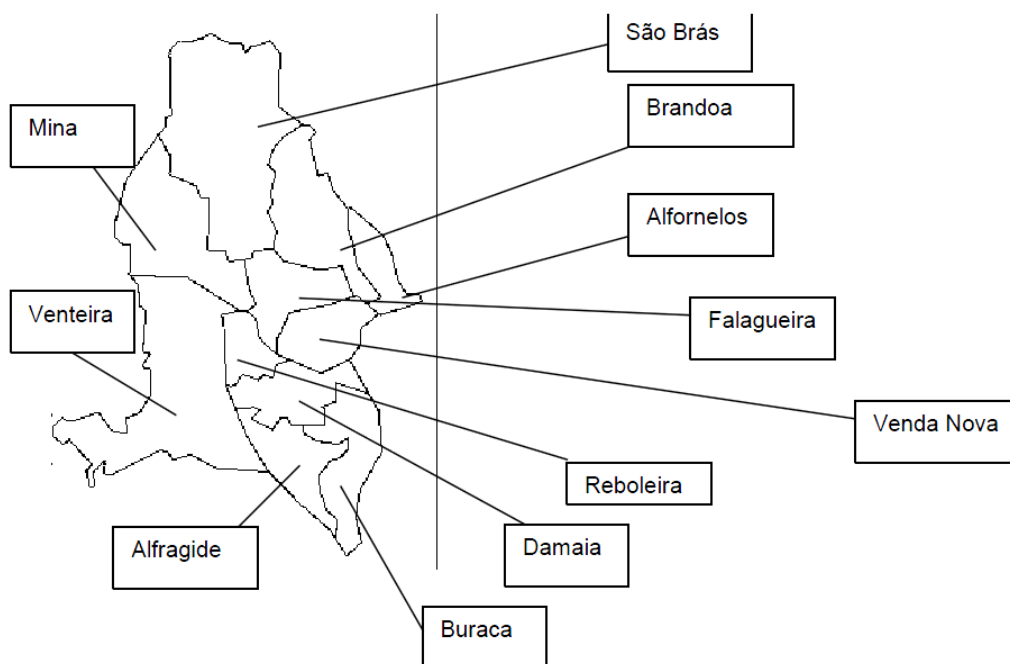


Ilustração 2 - Freguesias do Concelho da Amadora (Adaptado de PLANO ACÇÃO da UCC, Amadora+, 2009).

Em 2011, as freguesias com maior número de habitantes eram: São Brás, Damaia e Venteira com um aumento populacional em comparação com o ano de 2001, de respetivamente 15%, 12% e 11% (Gráfico 1).

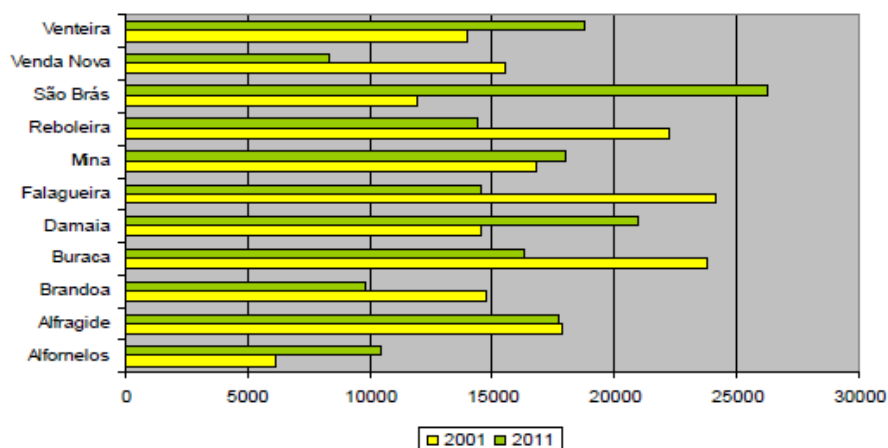


Gráfico 1 –Evolução da População Residente no Concelho por Freguesia (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: INE, Recenseamento Populacional 2001 e 2011).

Em 2011, residiam no Concelho 169 475 pessoas, maioritariamente mulheres em idade ativa (52%), com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos de idade (16%). Seguidamente encontram-se os indivíduos com 60 anos de idade (25%), o que atesta a tendência demográfica de envelhecimento populacional (Gráfico 2).

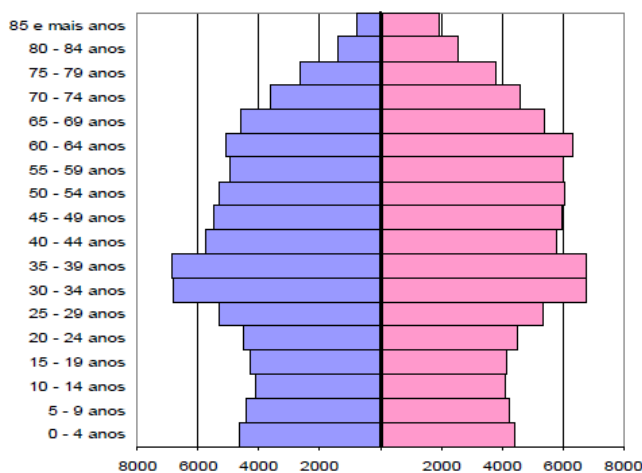


Gráfico 2 - Pirâmide Etária (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: INE, 2010).

Ainda segundo a mesma fonte, em 2010 a população jovem representava 15% da população total, verificando-se uma redução comparativamente a 2001, essencialmente na faixa etária dos 20 aos 29 anos, consequência da saída para zonas habitacionais a preços mais acessíveis nos Concelhos periféricos (CLAS, 2011).

Os últimos números referentes ao número de imigrantes remetem-se ao ano de 2009, apresentando 19 799 imigrantes com estatuto legal de residentes, constituindo 12% da

população total de residentes no Concelho da Amadora (CLAS, 2011). No que se refere aos países de origem, os últimos registos, recorrem a 2006:

“No Concelho prevalecem imigrantes africanos (55%), nomeadamente oriundos dos PALOP (342/748 provenientes de Cabo Verde). Situação influenciada pelos laços históricos que unem África a Portugal e pela facilidade de expressão linguística, tal como acontece com os imigrantes brasileiros (96% dos imigrantes provenientes da América são de origem brasileira). A comunidade asiática (7%) também se encontra no concelho, embora em número menos significativo sendo de origem chinesa (44%) e indiana (30%), na sua maioria (INE, 2006)” (CLAS 2011, p.19).

É ainda salientado pelo CLAS, a vaga de imigração de cidadãos de países de Leste, mais especificamente da Roménia nos últimos dois anos.

As barreiras culturais decorrentes destas vagas migratórias, implicam uma necessidade de intervenção adaptada aos diferentes contextos culturais e étnicos diversificados, que emergem na população da Amadora.

De acordo com o Instituto de Emprego e de Formação Profissional registou-se um aumento durante o ano de 2010 comparativamente com o de 2009, do número de desempregados inscritos no Centro de Emprego (CE), constituindo um aumento de 8% (comparativamente entre Dezembro de 2010 e 2009). Predominam os indivíduos do sexo masculino (52%) com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade (48%) (Gráfico 3). Aqueles que procuram o primeiro emprego destacam-se em maior percentagem (42%). Encontra-se ainda, uma relação de causa entre o desemprego e as habilitações literárias, uma vez que se destacava o número de inscritos no CE (24%), com habilitações correspondentes ao 1º Ciclo do Ensino Básico (CLAS, 2011).

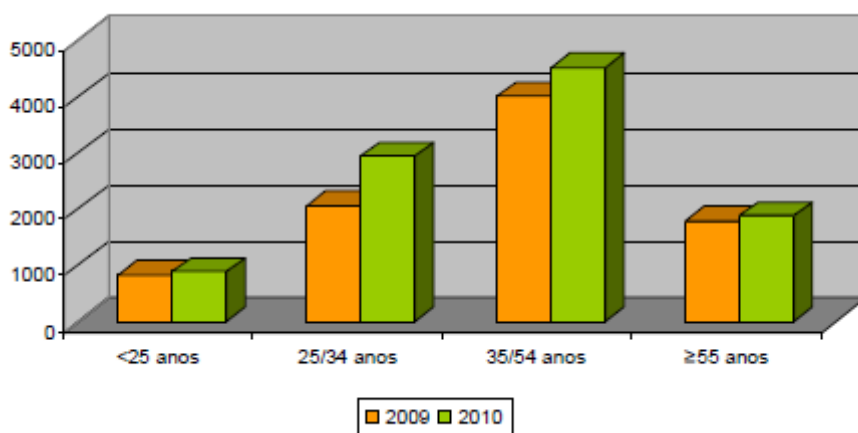


Gráfico 3 - Evolução do número de desempregados inscritos no CE, segundo grupo etário (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original: IEFP).

1.3.2. Serviços de Saúde

Os Cuidados de Saúde Primários, prestados à população do Concelho da Amadora, são da competência do ACES VII (Agrupamento dos Centro de Saúde VII), que se divide em sete edifícios distintos (Ilustração 3).

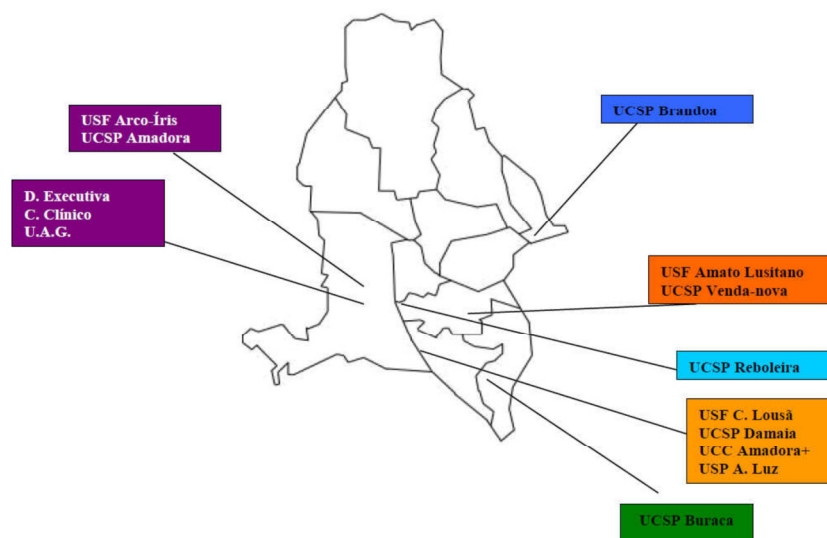


Ilustração 3 - Localização das Instalações do ACES VII (Adaptado de CLAS 2011).

O ACES VII – Amadora, é composto, tal como se pode visualizar na Ilustração 3, pela fusão de três Centros de Saúde: Centro de Saúde da Amadora, Reboleira (com a extensão da Buraca e da Damaia) e Venda Nova (com a extensão da Brandoa), onde estão compreendidas unidades funcionais.

As unidades funcionais que se apresentam são:

“Unidade de Apoio à Gestão (secretariado, recursos humanos, aprovisionamento, contabilidade, tesouraria e informática);

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – prestam cuidados de saúde personalizados inscritos numa determinada área geográfica, fazendo parte desta unidade todos os profissionais médicos, enfermeiros, administrativos e utentes que não estejam integrados em USF’s;

Unidades de Saúde Familiares (USF) – pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica, por norma, todos os utentes destas unidades têm médico de família atribuído;

Unidade Cuidados na Comunidade (UCC – Amadora+) – Responde às necessidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, com o apoio de uma equipa multidisciplinar;

Unidade de Saúde Pública – funciona como observatório do sistema de saúde para toda a área geográfica do ACES, composta por médicos e enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e Saúde Oral;

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - presta serviços de consultadoria e assistenciais, como por exemplo, assistentes sociais e psicólogos;

Gabinete do Cidadão – Pretende verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, informar sobre os seus direitos e deveres, efetuar o tratamento de observações, sugestões e reclamações e verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES;

Conselho da Comunidade – o ACES em articulação com os parceiros da comunidade pretende aumentar a ligação dos cuidados de saúde primários aos cidadãos” (CLAS 2011, p.28).

A nível da saúde dos cidadãos do ACES VII, segundo dados do Sistema de Informação das Administrações de Saúde (SIARS), citados por CLAS (2011), registaram-se 206 781 inscritos no ACES, dos quais se salientam com 58% aqueles que têm médico de família, contra os 42% que não tem. Sendo de salientar a proximidade entre os números registados.

Por outro lado, são três os equipamentos de Saúde, que servem a população do Município: Clínica da Luz, Clínica de Santo António e Hospital Fernando Fonseca (HFF) E.P.E. São ainda assegurados serviços ao nível da saúde por: Bombeiros Voluntários da Amadora; da Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia da Amadora (CLIMA); Associação de Socorros Médicos “O Vigilante” e 40 Centros Médicos e de Enfermagem privados. É ainda de referir o atendimento da população toxicodependente, como da responsabilidade do Centro de Respostas Integradas (CRI) Lisboa Ocidental/ Equipa de Tratamento da Amadora, serviço pertencente ao Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT) do Ministério da Saúde. Atualmente existem 41 farmácias no Concelho (CLAS 2011, p. 30).

Importa, neste ponto, tendo em conta a população alvo do Projeto, destacar a Taxa de Natalidade do Concelho, que *“tem permanecido baixa embora tenha sofrido um ligeiro aumento no ano de 2008 voltando a diminuir em 2009 para 10.8 nascimentos por 1 000 habitantes”* (CLAS 2011, p.32). Trata-se desta forma, de um Concelho onde a Taxa de Natalidade tem vindo a diminuir com conseqüente envelhecimento da população.

1.3.3. Educação

No que diz respeito à Educação, o Município apostou na melhoria das suas estruturas educacionais, o que permitiu dar resposta às necessidades das famílias.

Educação Pré-escolar	
Rede Pública	28
Rede Solidária	23
Particular	30
1º Ciclo do Ens. Básico	
Rede Pública	30
Particular/Cooperativo	18
2º e 3º Ciclo do Ens. Básico e Secundário	
Rede Pública	14
Particular/Cooperativo	5
Ens. E Formação Profissional	
Ens. Profissional	2
Centros de Formação	2
Ensino Superior	
Rede Pública	2

Fonte: DEDES/DIE, 2011

Tabela 4 - Oferta Educativa no Concelho da Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.34).

As creches são fundamentais na resposta às necessidades das famílias, dada a conjuntura atual da sociedade, onde ambos os pais trabalham, tornando-se imperativo a existência de infra-estruturas no Concelho que possam servir de suporte e de ajuda às famílias com filhos pequenos. Segundo CLAS (2011, p.35):

“Em 2009/2010 foram construídos 3 novos equipamentos de creche, o número de berçários passou para 30, constituindo um acréscimo de 7,7%. A Autarquia tem vindo a dotar uma política de intervenção social para que as famílias possam beneficiar de uma maior participação na despesa com a resposta de creche, assim, das 8 creches municipais, 5 passaram a ser geridas por IPSS (s), integrando a rede solidária, a saber: Brandoa/ABCD; Falagueira/SFRAA; Venteira/AFID; EB1/JI/Creche José Garcês/CEBESA; EB1/JI/Creche Aprígio Gomes/ SCMA. A gestão pedagógica das Creches da Á-da-Beja, Reboleira e da Romã (Creche dos Filhos dos Funcionários Autárquicos), é assegurada pela Câmara Municipal. Estas 3 creches têm capacidade de resposta para 144 crianças. As mesmas constituem ainda, sempre que necessário, uma resposta a crianças residentes no concelho, sinalizadas e encaminhadas pela CPCJ.

A oferta da rede pública, no que respeita à resposta social de creche é complementada pelos regimes solidário, particular e/ou cooperativo, totalizando 38 creches no concelho, das quais 28 integram berçário. No ano letivo 2010/2011, as 96 salas ofereciam um enquadramento a 1371 crianças. A Taxa de Cobertura de Creche (rede solidária e autárquica) aumentou em 10% do ano letivo 2006/07 para o 2009/10, estando agora nos 24%.”

1.3.4. Habitação

Com uma zona habitacional de edifícios envelhecidos do Concelho, nos últimos anos, tem-se verificado o nascimento de novas zonas populacionais, associadas à construção de novos empreendimentos, como sejam: Serra das Brancas, Casa de Vila Chã na Mina, Atalaia e Neudel na Damaia, as Casas do Lago na Venteira, o que permitiu a atração e fixação de população jovem residente (CLAS, 2011).

A Amadora, apresenta uma rede urbana com núcleos degradados. Ao longo dos anos têm sido construídos Bairros Sociais a fim de erradicar esses núcleos, no sentido da promoção de melhores condições habitacionais para a população residente. As zonas degradadas têm vindo a ser erradicadas através dos Programas Habitacionais associado ao Programa Especial de Realojamento (PER) e Programa de Apoio de AutoRealojamento (PAAR). Até Junho de 2011 foram abrangidos pelo PER 433 agregados familiares e pelo PAAR 459 agregados. Segundo o Plano de Acção de 2010 da UCC (2009), destacam-se quatro grandes bairros sociais: Bairro do Zambujal, Casal da Boba, Casal da Mira e Casal do Silva. Estes bairros apresentam características semelhantes, nomeadamente, elevado número de famílias disfuncionais e dependência de apoios sociais do estado e de instituições de solidariedade social. Outras características comuns que constam destes bairros, segundo o CLAS (2011), são:

- Baixas habilitações escolares e competências profissionais que dificultam a inserção no mercado de trabalho;
- Desemprego e baixos rendimentos, traduzidos em dificuldades socioeconómicas graves;
- Desocupação das crianças durante os períodos de férias escolares;
- Jovens desocupados sem projetos de vida, constituindo potenciais comportamentos de risco;
- Disfuncionalidade e desestruturação de algumas famílias que se podem traduzir em: conflitos familiares, violência doméstica, crianças em risco (sinalizadas pela Comissão

de Proteção de Crianças e Jovens(CPCJ)) e indivíduos com problemas de alcoolismo e toxicodependência;

- Famílias monoparentais em situação instável;
- Idosos e portadores de deficiência com dependência, sem apoio domiciliário;
- Problemas de saúde mental;
- Elevado número de indivíduos com percurso prisional;
- Atos de vandalismo;
- Sentimentos de insegurança manifestados pela população;
- Comportamentos desajustados relativamente às questões de higiene ambiental e ao respeito pelo outro;
- Dificuldades de adaptação ao realojamento em prédios e na partilha de responsabilidades na limpeza, conservação e manutenção dos espaços comuns, o que se traduz, muitas vezes, em problemas relacionais;
- Má utilização dos elevadores e utilização indevida dos espaços comuns do edificado;
- Quebra de laços ao nível das relações familiares e de vizinhança;
- Dificuldades na construção de novas sociabilidades no novo contexto.

1.3.5. Proteção Social

O Rendimento Social de Inserção (RSI) surge ao nível da Ação Social, com a finalidade de responder às situações de grave carência económica, no sentido, da promoção da organização socioeconómica e da integração laboral e social (Anexo II). Os últimos dados referentes ao RSI, remetem-se ao ano de 2010, altura em que se registaram no total 3 696 famílias beneficiárias de RSI. As freguesias que registaram maior número de beneficiários foram: Buraca (18%), Brandosa (13%), Falagueira (12%) e São Brás (12%), onde estão localizados os bairros de realojamento: Bairro do Zambujal, Casal da Mira, Quinta da Lage e Casal da Boba. Esta situação é reflexo das suas carências socioeconómicas, associadas às poucas habilitações, empregos mal remunerados e desemprego (CLAS, 2011).

1.3.6. Violência Doméstica

A violência doméstica é uma área prioritária de atuação e cuja investigação, prevenção e atuação cabe à Rede Integrada de Intervenção na Violência na Amadora (RIIVA). O últimos

dados remetem-se ao ano de 2010. Registaram-se de 2008 a 2010 o atendimento de uma totalidade de 171 vítimas de violência doméstica. Só no ano de 2010 foram feitos 52 atendimentos, todas referentes a vítimas do sexo feminino. A idade predominante da vítima de violência é aquela que fica na faixa etária entre os 36 e 45 anos de idade (50%). (Gráfico 4)

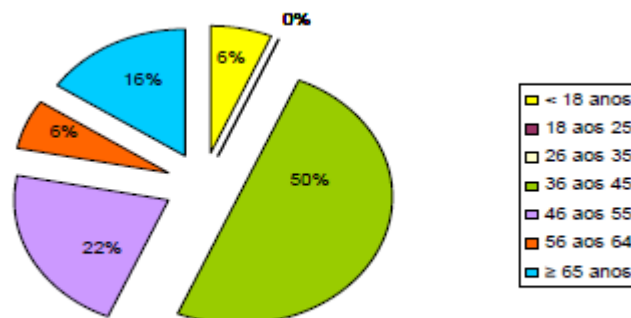


Gráfico 4 - Faixa etária das Vítimas de Violência Doméstica atendidas no RIIVA (Adaptado de CLAS 2011 p.62; Fonte Original: RIIVA 2010).

Na sua maioria as vítimas encontram-se em situação de desemprego (46,15%), fazendo parte de uma família nuclear com filhos (38,5%).

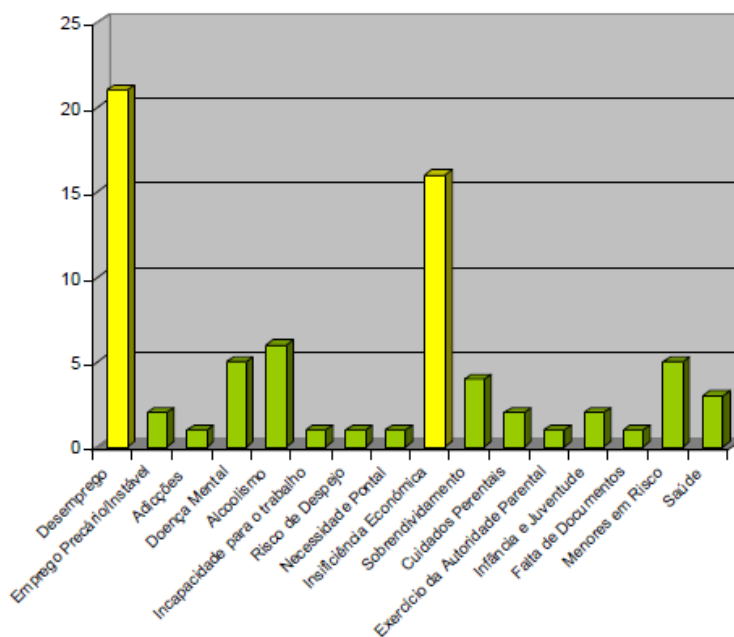


Gráfico 5 - Problemáticas relacionadas com os casos de Violência Doméstica (Adaptado de CLAS 2011, p.63, Fonte original: RIIVA 2010).

Associadas às situações de violência doméstica, encontram-se situações mais frequentes de desemprego (21,4%) e insuficiência económica, como observável no Gráfico 5.

O agressor é em 98% das situações do sexo masculino, na sua maioria o marido ou cônjuge (82,7%). Quanto ao tipo de agressão registou-se com maior frequência a violência psicológica/verbal (51%), seguida da violência física (47,5%) (CLAS, 2011).

1.3.7. Crianças e Jovens em Risco

Para o presente Projeto, é de todo o interesse a apresentação dos dados das crianças e jovens em risco atendidas na CPCJ, uma vez que refletem uma necessidade prioritária de intervenção global e multiprofissional junto da criança e sua família. No ano de 2010 estiveram ativos 1 262 processos de promoção e proteção.

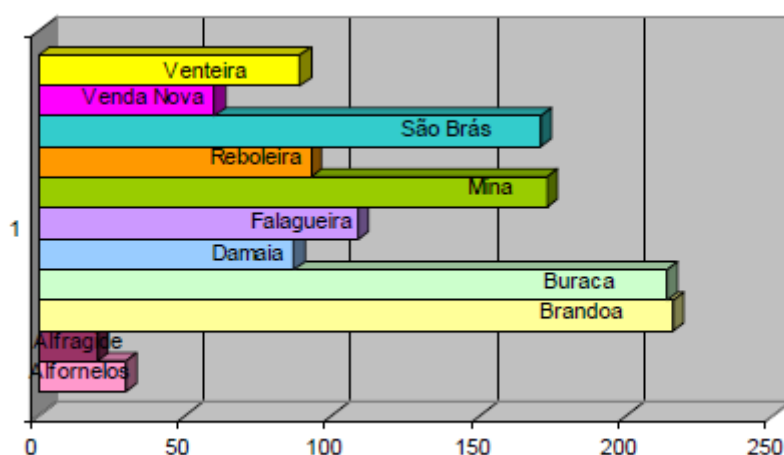


Gráfico 6 - Número de Processos de Crianças e Jovens em Risco, abertos de 2010 (Adaptado de CLAS 2011, p.69; Fonte original: CPCJ Amadora 2010).

É possível observar no Gráfico 6, que a maior incidência de casos se regista na Brandoa e Buraca, com 17% dos casos.

Predomina a referenciação de crianças do sexo masculino (54%), entre os 13 e os 15 anos de idade (20%), sendo também significativa a percentagem de crianças com idades inferiores aos 5 anos (26%) e com baixo grau de escolaridade. Esta situação expressa a primordial importância de intervenção na prevenção de situações promotoras de maus-tratos nas famílias, mesmo em crianças pequenas.

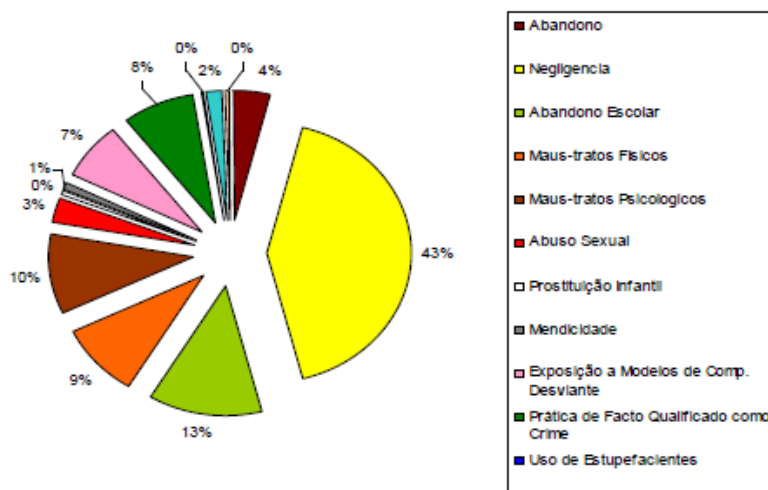


Gráfico 7 - Motivo de Intervenção nos casos de crianças referenciadas à CPCJ Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.71; Fonte original: CPCJ Amadora).

As situações de negligência (43%), abandono escolar (13%), e maus tratos psicológicos/abuso emocional (10%), são os que se salientam (Gráfico 7).

Das intervenções levadas a cabo, pelos profissionais, destacam-se o “Apoio junto dos pais” (em 81% dos casos), seguidas de “Apoio junto de outra família” (9%) e “Acolhimento Institucional”(7%).

No Concelho da Amadora, existem três tipos de resposta possíveis a crianças e jovens em perigo, entre as quais: o Centro de Acolhimento Temporário, o Lar de Crianças e Jovens e o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental. O acesso a esses tipos de resposta são determinados pela CPCJ.

1.3.8. Outros Serviços de Apoio a Crianças e Jovens

O serviço de Intervenção Precoce é prestado pela CERCIAMA a crianças em idade pré-escolar (até aos seis anos), que apresentem alterações no seu desenvolvimento psicomotor, com o objetivo de minimizar os efeitos da deficiência no desenvolvimento da criança. Tem capacidade para 30 crianças. Por outro lado, ainda relacionada com a Intervenção Precoce, foi constituída uma Equipa Local de Intervenção – ELI Amadora – numa parceria entre o Município da Amadora e diversas entidades, integrado no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Esta tem como principal missão garantir condições de desenvolvimento de cerca de 60 crianças que apresentem dificuldades ou limitações funcionais, físicas ou com risco de grave atraso no desenvolvimento. Estas equipas, compostas por quatro docentes de IP, sediadas no Agrupamento de Alfovelos (Agrupamento de referência para a Intervenção Precoce) e os cinco

técnicos da CERCIAMA, dão apoio ao domicílio, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou na rede particular. Na rede pública esta intervenção é assegurada pelas equipas das Necessidades Educativas Especiais (NEE).

O apoio e acompanhamento a mães adolescentes, é feito no CAV – Centro de Apoio à Vida e na Residência Temporária para Mães Adolescentes, que tem capacidade de resposta para dez mães adolescentes.

2 PROBLEMÁTICA: MAUS-TRATOS

Os maus-tratos e sua perpetuação, ocorrem muitas vezes de forma silenciosa, onde a criança vítima se vê envolvida numa teia emocional complexa. A maior evidência na atualidade, deve-se ao aumento na preocupação com as repercussões na criança, e progressiva consciência social pela garantia de proteção da sua dignidade humana. Esta é demonstrável pelo aumento do número de denúncias e abertura de processos nas Entidades responsáveis pela proteção de crianças e jovens em risco. Segundo a CPCJ (2010, p.24) parafraseando Teresa Magalhães os maus-tratos referem-se a *“qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade.”*

Ainda de acordo com a mesma fonte os maus tratos podem ser divididos de duas formas: mau trato por ação (físico e psicológico) e mau trato por omissão (negligência física e psicológica). Esta distinção encontra-se explicitada na Tabela 5.

	AÇÃO	OMISSÃO
MAU-TRATO FÍSICO	Maus-tratos físicos: Ação intencional por parte dos pais/cuidadores que provoque dano físico ou doença à criança.	Negligência: Não satisfação, temporal, ou permanente, das necessidades básicas por parte dos membros do grupo familiar com que vive a criança.
	Forma como se manifestam/indicadores: Golpes, hematomas, estrangulamentos, queimaduras, etc.	Indicadores: Malnutrida, vestuário frequentemente desadequado e/ou sujo, falta frequentemente às consultas médicas, às vacinas, apresenta absentismo ou abandono escolar, etc.
	Abuso sexual : Contato sexual com uma criança , menor de 18 anos, por parte de pais/cuidadores ou outro adulto ou outra criança.	
	Indicadores : Exposição dos órgãos	

MAU-TRATO PSICOLÓGICO	sexuais, carícias de natureza sexual, relação sexual, com ou sem cópula, exploração sexual por intermédio de “ <i>novas tecnologias</i> ” (Internet, telemóvel, etc...).	
	Maus-tratos emocionais: ação intencional por parte dos pais/cuidadores que provoque dano ou sofrimento psicológico ou doença mental à criança.	Negligência emocional: Falta persistente de resposta dos pais/cuidadores aos sinais e expressões emocionais da criança; falta de iniciativa e de interação por parte da figura adulta de referência e de procura de contato e interação com a criança.
Indicadores: Hostilidade verbal crónica, despreço ou ameaça de abandono por parte de um adulto, do grupo familiar, etc.	Indicadores: Inexistência de carícias afetivas dos pais/cuidadores, indiferença dos pais/cuidadores perante o sofrimento da criança, pouca ou nenhuma disponibilidade para interagir com a criança, etc.	

Tabela 5 - Tipologia dos Maus-Tratos (Adaptado de CPCJ 2010, p. 26; Fonte Original: Alves 2007).

A criança pode ser alvo de diferentes tipos de mau-trato simultaneamente, como por exemplo, a criança que está a ser vítima de mau-trato físico pode estar a sofrer igualmente um mau-trato emocional e/ou de negligência por parte do(s) seu(s) cuidadores.

Atualmente em Portugal, encontra-se legislada a intervenção, na Saúde, e seus níveis de atuação na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro). Afiguram-se três níveis de atuação (Ilustração 4):

Primeiro nível – compete às entidades relacionadas com a área da infância e juventude, nomeadamente aquelas que atuam no domínio da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros. Trabalham no sentido da proteção e promoção dos direitos das crianças e jovens em situação de risco ou perigo.

Segundo nível – remete-se à ação da CPCJ, quando se verifica que não é suficiente a intervenção das entidades do primeiro nível, na remoção do perigo.

Terceiro nível – é a intervenção última, quando as entidades anteriores não foram suficientes, cabendo a ação judicial (Tribunais), na resolução da situação de perigo da criança.

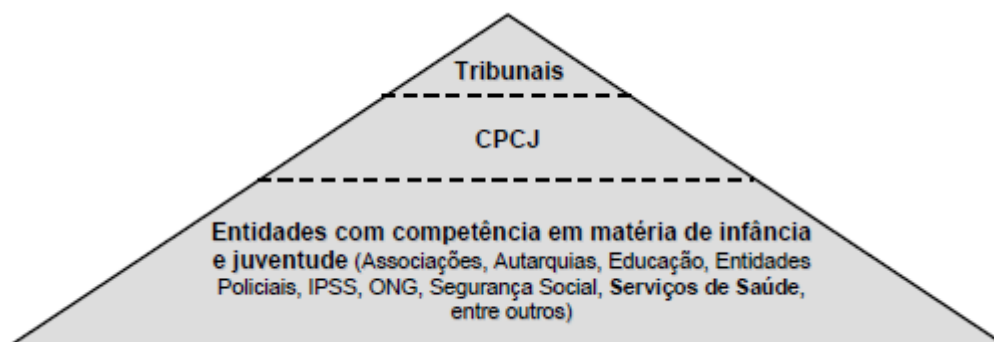


Ilustração 4 - Níveis de Intervenção (Adaptado de DGS 2008, p.5).

1.4. *Risco vs Perigo*

Neste ponto, importa fazer a distinção entre “risco” e “perigo”. Estes são conceitos que se tocam, sendo que o primeiro se remete a um conceito mais geral que o segundo. Depreende-se que o risco se remete a um perigo potencial, sendo que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona o surgimento de situações de perigo (DGS, 2008).

O **risco** consiste num perigo potencial ou eventual que se poderá apresentar, por exemplo, na forma de omissão dos pais ou responsáveis, na satisfação das necessidades básicas físicas ou afetivas da criança. O **perigo** surge quando o risco assume uma maior amplitude, como o perigo para a segurança, saúde, formação e educação, que pode não chegar a manifestar-se em dano efetivo (CPCJ, 2007).

São consideradas situações de perigo, aquelas em que as crianças se encontram nas seguintes situações: (nº2, artº 3 da Lei 147/99, de 1 de Setembro)

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus-tratos físicos ou psíquicos ou 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 ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, ou representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), a intervenção em situações de risco remete-se ao esforço de “(...) evitar o eclodir do perigo, através de políticas, estratégias e acções integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade” (DGS 2008, p.8).

Ainda de acordo com a mesma fonte “o actual sistema de protecção focaliza a acção nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da Sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o art. 3º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma” (Anexo I).

As Instituições de Saúde nomeadamente aquelas que atuam a nível dos Cuidados de Saúde Primários, devido às características da sua atuação, ocupam uma posição privilegiada de proximidade das famílias e respetiva comunidade, constituindo, um meio imprescindível na deteção precoce de fatores de risco e de sinais de alarme, na criança e seu ambiente familiar.

Na mesma linha de ideias, destaca-se o Projeto “Estamos Presentes”, que baseando-se num trabalho conjunto e multiprofissional, pretende a atuação a nível primário, em situações com risco identificado e apostando na intervenção, na prevenção do perigo para a criança recém-nascida, num trabalho conjunto com a sua família.

1.5. Fatores de Risco vs Vulnerabilidade

Anteriormente, feita a distinção dos conceitos de “risco” e “perigo”, importa agora definir o que são: “fatores de risco” e “vulnerabilidade”.

Os **fatores de risco** são os “factores potenciadores da ocorrência ou manutenção dos maus-tratos” (CPCJ 2010, p.29). Não deverão ser considerados por si só como sendo causa direta da ocorrência de mau-trato, mas cuja presença, potencia ou cria condições favoráveis para o seu surgimento.

Na mesma linha de pensamento, os maus-tratos têm uma causa multifatorial, e que se traduz numa disfunção no sistema cuidadores-criança-ambiente, não resultante somente de uma psicopatologia dos pais/cuidadores, mas de um stress parental elevado, provocado por uma multiplicidade de fatores, como sejam: características individuais da criança, da família

(pais/cuidadores) e do ambiente. Nesta base, assenta o Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção em Situações de Risco e de Perigo, útil como instrumento de avaliação e diagnóstico dos diferentes contextos (CPCJ 2010). Ver Ilustração 5.

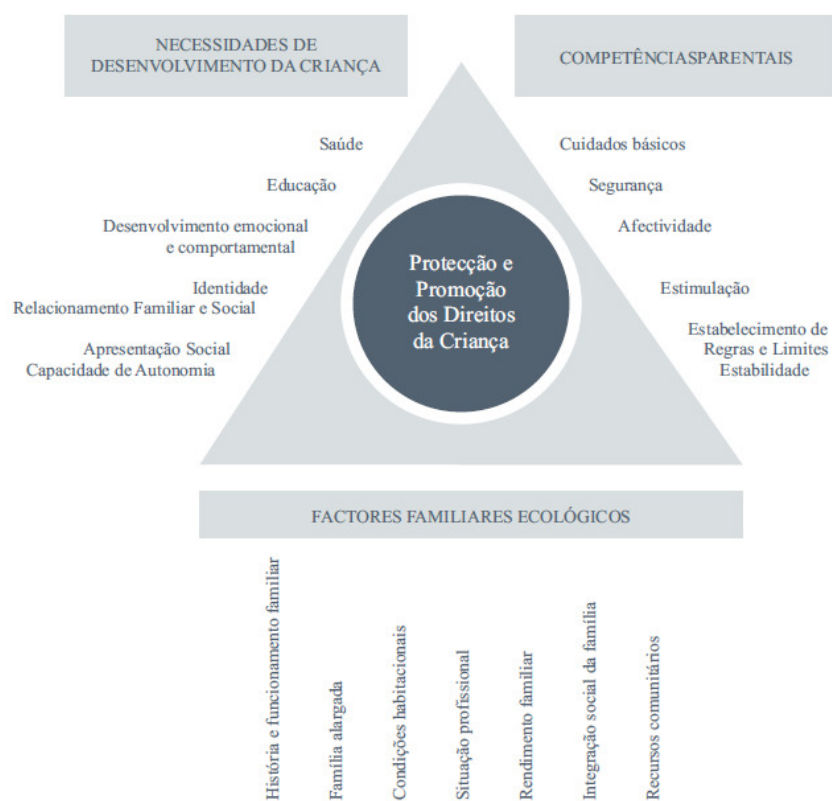


Ilustração 5 - Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção em Situações de Risco e de Perigo (Adaptado de CPCJ 2010,p.30; Fonte Original: Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families. London: The Stationery Office).

Determina-se, por conseguinte, a necessidade de identificação das características específicas da criança e dos pais e/ou cuidadores, do sistema familiar e do contexto socio-cultural que se podem constituir como fatores de precipitação de risco ou perigo para a criança.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) aposta numa visão baseada num Modelo Ecológico, na interpretação do fenómeno dos maus-tratos, ponderando os vários níveis de intervenção: nível individual, nível relacional, nível comunitário, e nível social (Ilustração 6).

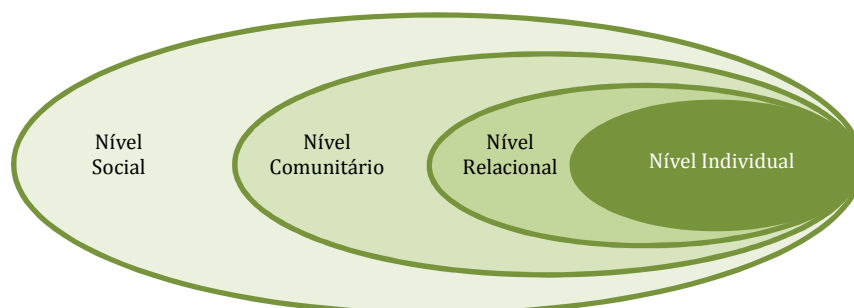


Ilustração 6 - Modelo Ecológico para a interpretação dos Maus Tratos (Adaptado de Krug EG et al. (Eds.) (2002). World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organization).

Determina-se a existência aos vários níveis, de fatores que são potenciadores do risco de maus-tratos à criança (DGS, 2008):

Fatores de risco social e cultural - Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal; Exaltação mediática da violência; Tolerância social para a educação através da punição física; Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar; Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar; Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade); Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

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

Fatores de risco individuais do cuidador - Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem; Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências; Perturbação da saúde mental ou física (diversos *handicaps*); Antecedentes de comportamento desviante; Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima e perturbações emocionais e défice de auto-controlo, personalidade imatura e impulsiva; Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos; Parentalidade em idade muito jovem; Gravidezes muito próximas e/ou gravidezes não vigiadas; Inexperiência e falta de

conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança; Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.

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

A vulnerabilidade é definida de acordo com o Dicionário da Porto Editora (2012), como “*qualidade de vulnerável*”, sendo vulnerável aquele que “*tem poucas defesas*”. Pode-se entender que a família é tão mais vulnerável quanto menos defesas ou respostas tiver perante os agentes stressores.

Uma família com antecedentes familiares de pobreza e com múltiplos problemas de origem fisiológica, psicológica e social, que nunca experimentou estabilidade financeira, e que tem vivido situações frequentes de crises e de desorganização, é uma família considerada como vulnerável (STANHOPE e LANCASTER, 1999). Os fatores que intervêm nesta família e que a tornam vulnerável, constituem fatores de risco à ocorrência de disfunção e conseqüentemente ao comprometimento nas respostas que o RN exige.

3 IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DO PERIGO

Tendo por base o que foi anteriormente explicitado, em contexto do Projeto “Estamos Presentes”, a identificação da necessidade de acompanhamento e intervenção junto do RN e sua família, ocorre por meio da avaliação dos fatores de risco ou vulnerabilidade, através do preenchimento de um formulário próprio, especificamente desenhado para esse efeito e designado como “**Formulário de Referenciação para o Projeto Estamos Presentes**” (Anexo III). Este deverá ser aplicado pelo profissional de saúde do ACES VII, que procede ao acompanhamento da mulher grávida, na 28ª semana de gestação. O preenchimento do mesmo formulário poderá também ocorrer na primeira consulta de Saúde Infantil, caso não tenha sido aplicado durante a gravidez. A receção dos formulários aplicados, é feita na UCC, para onde

devem ser remetidos ao cuidado do Projeto “Estamos Presentes”, mensalmente até ao dia 30 de cada mês.

Pretende-se, desta forma, uma avaliação, o mais precoce possível do contexto familiar, e sempre que possível, ainda antes do nascimento da criança. Desta forma, pretende-se uma intervenção antecipada sobre as situações que foram avaliadas, como sendo de risco/vulnerabilidade, pelos profissionais de saúde. Esta avaliação tem em conta 26 critérios, aos quais é atribuída uma pontuação de 0 , 1 ou 2 correspondentes a uma avaliação ausente, presente ou acentuada de risco/vulnerabilidade. Contemplam-se duas situações, nas quais se encontram divididos os critérios: avaliação durante a gravidez (que inclui critérios relacionados com características da família/gravidez e seu contexto socio-cultural), e avaliação após o nascimento do RN (que engloba características específicas da criança e interação família/criança).

Nas **caraterísticas da família/gravidez e seu contexto socio-cultural**, destacam-se os seguintes fatores de risco/vulnerabilidade:

- Gravidez não aceite/mal vigiada /não vigiada;
- Contraceção inadequada;
- Ausência de redes parentais e de apoio;
- Pai/Mãe adolescentes;
- Problemas de saúde mental nos pais ou agregado familiar;
- Pais /Cuidadores com perturbações aditivas;
- Pais/Cuidadores envolvidos em processos legais e/ou a cumprir pena;
- Situação socioeconómica precária /Desemprego;
- Más condições habitacionais (sobrelotamento, etc...);
- Desenraizamento cultural/social (migrantes, etc...);
- Contextos de violência familiar /doméstica;
- Carência de higiene e aspeto descuidado dos pais;
- Pais/Cuidadores apresentam dificuldades de compreensão;
- Antecedentes de abuso nos pais no período da infância;
- Situações anteriores de negligência/ou maus-tratos e/ou retirada das responsabilidades parentais;
- Contextos de crise (divórcio, separação, morte);
- Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (vigilância);
- Mudança sucessiva de serviço de saúde;
- Comportamento conflituoso e /ou agressivo nos Serviços.

Dos fatores de risco observáveis e detetados após o nascimento do RN, associados a **caraterísticas específicas da criança e interação família/criança**, são avaliados:

- Crianças com necessidades de saúde especiais (saúde física);
- Prestação de cuidados inadequada ao RN;
- Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação de atenção devida;
- Fuga às responsabilidades parentais e abandono;
- Incumprimento do programa de saúde infantil;
- Expetativas irrealistas em relação à criança;
- Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afeto perante a criança.

É de salientar, que os fatores enumerados não constituem, por si só, como determinantes de maus-tratos. Para tal, contribuem a existência de vários fatores, que ao interagirem simultaneamente, sobre a família, e para os quais a família tem deficiente ou ausente capacidade de adaptação e resposta, se tornam em fatores desencadeantes de stress (negativo) e de desequilíbrio na dinâmica familiar. Este desequilíbrio é propício ao surgimento de alterações no relacionamento entre os elementos que constituem o agregado com conseqüente surgimento de alterações no ambiente que poderá ser de risco para a criança e seu desenvolvimento.

Passaremos a analisar especificamente cada um dos itens referidos, a fim de compreender o potencial e a influência de cada um, no contexto doméstico, e na potenciação do perigo para o bem-estar do RN.

No que diz respeito às caraterísticas do sistema familiar e seu contexto socio-cultural:

Gravidez não aceite/mal vigiada /não vigiada

Neste ponto, é de salientar um tipo de mau-trato que ainda não havia sido referido, o mau-trato pré-natal. Este é definido como aquele em que a *“mãe gestante tem comportamentos de risco, negligência, abandono de cuidados físicos, entre outros, que influenciam negativamente a sua saúde e interferem no desenvolvimento adequado do feto”* (CPCJ 2010, p.28). As conseqüências deste tipo de situação é, na sua maioria, evidenciado tardiamente quando o RN apresenta alterações no seu desenvolvimento (como atraso no crescimento, síndromes de abstinência, alterações neurológicas, etc.),

resultante do consumo de substâncias aditivas ou da falta de cuidados da mãe durante a gravidez.

Contraceção inadequada

A uma contraceção inadequada está, na maioria das vezes, associada uma gravidez não planeada, por vezes não aceite/mal vigiada/não vigiada. Esta situação poderá conduzir a um compromisso na qualidade da vinculação mãe/filho e sentimento de rejeição da criança. O facto de já existir uma gravidez não planeada, por uso de métodos contraceptivos de forma inadequada, poderá ser preditor de nova gravidez também ela não planeada. Associada a esta situação poderá estar o sentimento de gravidez não desejada e conseqüentemente, forte possibilidade de negligência nos cuidados durante a gestação.

Ausência de redes parentais e de apoio

A ausência de redes parentais e de apoio causam insegurança e são uma fonte importante de stress uma vez que a família ao carecer de recursos e de apoio para lidar com situações diversas, poderá recorrer à violência como resposta (CPCJ, 2010).

Pai/Mãe adolescentes

Esta situação constitui um fator de risco pelo facto dos jovens, para além das tarefas de desenvolvimento habituais dos adolescentes, se verem confrontados prematuramente com o papel paternal e maternal e saída prematura do papel educacional. Surgem novas tarefas de desenvolvimento associadas à gravidez: “(...)desenvolvimento de laços emocionais com o feto durante o primeiro trimestre, diferenciação entre a própria e o feto durante o terceiro trimestre, aceitação e determinação da relação com a mãe da mulher grávida, resolução de problemas de dependência em relação à mãe, e parceiro (se presente)(...)” (STANHOPE e LANCASTER 1999, p.506).

Se a adolescente decide ficar com o filho e permanecer no seu núcleo familiar original, ocorre uma mudança inevitável na estrutura dos papéis já existentes e desempenhados por cada membro da família, com necessidade de encontrar recursos que dêem resposta às novas necessidades.

A imaturidade dos pais, também eles ainda crianças, é comprometedora de uma vinculação adequada com a nova criança, e com a identificação das suas necessidades físicas e emocionais. Outra situação que pode surgir é a de os adolescentes

permanecerem identificados com os seus grupos de pares e ignorarem os papéis parentais adultos, com conseqüente negligência dos cuidados ao filho/a (STANHOPE e STANHOPE, 1999).

Toda esta situação é geradora de stress. A realização com sucesso, das novas tarefas, é imprescindível para uma boa adaptação ao papel de mãe/pai e para um ambiente saudável ao desenvolvimento da criança.

Problemas de saúde mental nos pais ou agregado familiar

Neste caso, é frequente surgir um contexto de mau-trato, associado a uma psicopatologia (ansiedade, depressão, etc.) do cuidador, que poderá ser gerador de comportamento violento ou de sentimentos de incapacidade ou de uma perceção distorcida das necessidades da criança e da resposta adequada e necessária às mesmas (CPCJ, 2010).

Pais /Cuidadores com perturbações aditivas

Problemas associados a perturbações aditivas (como sejam a toxicod dependência ou alcoolismo) são fatores de risco para mau-trato uma vez que impedem os cuidadores de se aperceberem das reais necessidades do filho/a e de as atenderem de forma adequada (CPCJ, 2010).

Pais/Cuidadores envolvidos em processos legais e/ou a cumprir pena

Situações em que os pais/cuidadores apresentam processos legais e/ou a cumprir pena são evidenciadores da existência de delinquência e/ou comportamentos de violência (intra-familiar ou extra-familiar). Estas são situações de stress acrescido, não só pela possibilidade de existência de comportamentos violentos no seio da família, como também à instabilidade causada pelos processos legais e/ou prisão, associada a uma fraca coesão (nomeadamente o casal) e a uma estrutura familiar mal definida (desestruturada e com papéis e funções dos seus membros mal definidos) (CPCJ, 2010).

Situação socioeconómica precária /Desemprego

O desemprego, a pobreza e as condições laborais, são fatores causadores de insegurança, instabilidade e sentimentos de impotência e de tristeza no seio da família. Estas condições podem ser comprometedoras da resposta às necessidades da criança,

uma vez que não existem recursos financeiros para satisfação das suas necessidades básicas da criança (alimentação, vestuário, etc.) (CPCJ, 2010).

Más condições habitacionais (sobrelotamento, etc...)

As más condições da casa em que habita a família, podem conduzir a situações que colocam em causa o crescimento da criança, por ausência de condições de segurança necessárias ao seu desenvolvimento.

A vivência em bairros sociais onde existe uma carência de responsabilidade coletiva e onde predominam a pobreza e a violência. Estes locais são pelas suas características propícios à violência/agressão, como forma de resolução de conflitos a nível extra-familiar e com seu reflexo a nível intra-familiar na forma punitiva da criança.

Desenraizamento cultural/social (migrantes, etc...)

Situações de desenraizamento cultural/social podem dar origem à carência de fontes de apoio e de informação assim como de ausência de referências a nível afetivo e económico.

Contextos de violência familiar /doméstica

Um contexto de violência familiar doméstica constitui um factor de elevado risco para maus-tratos na criança. A existência de um ambiente de violência entre cônjuges é evidenciador de problemas de interação familiar e incapacidade de resolução de conflitos por outra forma que não seja a violência. Esta poder-se-á, eventualmente, estender para um comportamento violento com os filhos (CPCJ, 2010).

Carência de higiene e aspeto descuidado dos pais

A negligência para com o próprio e a falta de auto-cuidado poderá ser indicador da ausência de recursos económicos/financeiros e de eventual negligência ou cuidado para com a criança. Poder-se-á refletir em negligência de cuidados de vestuário, higiene ou alimentação da própria criança.

Pais/Cuidadores apresentam dificuldades de compreensão

A dificuldade de compreensão por parte dos pais/cuidadores, pode advir de duas circunstâncias, uma relacionada com défice cognitivo pessoal, ou por dificuldade de compreensão da língua portuguesa (por serem de um outro país de origem). Esta

situação é causadora de risco, pelo simples facto de, independentemente das suas capacidades cognitivas, a incapacidade de se expressar na língua portuguesa e consequentemente ser incapaz de comunicar as suas necessidades, não lhe permite uma mobilização dos recursos da comunidade de que necessita, para satisfazer as diferentes necessidades dos filhos (educação, saúde, etc.). Por outro lado, o baixo nível intelectual, dificulta a adaptação às diferentes necessidades dos filhos, de acordo com o seu desenvolvimento (CPCJ, 2010).

Antecedentes de abuso nos pais no período da infância

Sabendo que é no seio familiar que a criança se desenvolve como indivíduo, aprende comportamentos e cria modelos de ação, numa criança que foi vítima de abuso familiar (mau-trato físico ou psicológico ou negligência), surge uma ausência de modelos de comportamento adequados. Esta situação apresenta-se como fator predisponente para que essas crianças enquanto pais apresentem um modelo de comportamento semelhante, ou deficitário por carecerem de um modelo adequado (CPCJ, 2010).

Situações anteriores de negligência/ou maus-tratos e/ou retirada das responsabilidades parentais

A existência de situações anteriores de negligência e/ou mau-trato e/ou retirada das responsabilidades parentais, poderão ser situações preditoras de grande risco para a criança que vai nascer, pelo facto de já se terem apresentado situações de perigo confirmado para a integridade física, emocional, social e cultural de filhos anteriores. Este factor é de extrema importância na avaliação da situação atual.

Contextos de crise (divórcio, separação, morte)

Quando se falam de contextos de crise, neste caso, falam-se em situações como o divórcio, separação ou morte de um dos elementos da família, que constituem momentos de crise familiar, e profunda reorganização da estrutura e papéis desempenhados pelos mesmos elementos. Esta mudança causa a necessidade de reorganização de papéis e funções, ocorrendo acumulação de papéis pelo mesmo adulto. A mãe solteira, pode ter de assumir as responsabilidades que eram assumidas pelo marido (exemplo: reparações domésticas ou sustento económico), enquanto que o pai pode ver a necessidade de assumir responsabilidades que eram habitualmente da mãe (exemplo: tarefas domésticas ou cuidar das crianças). Esta situação pode ser um

problema, uma vez que numa família com crianças, a tarefa de cuidar e educar os filhos pequenos pode ficar comprometida, pois fica geralmente ao encargo de apenas um dos pais, que por vezes não dispõe de recursos suficientes para dar resposta a todas as tarefas que lhe são exigidas (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (vigilância)

A dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas pode advir de vários fatores, nomeadamente, incompreensão da língua portuguesa, défice cognitivo, experiências anteriores negativas com os Serviços de Saúde e intervenções de saúde vividos pelos próprios ou por filhos mais velhos. Esta situação poderá colocar em causa a saúde da criança, nomeadamente por não ser monitorizado o seu desenvolvimento (com deteção precoce de sinais e sintomas de alerta), ou por não vacinação.

É necessário compreender esta situação por forma a envolver os pais nos cuidados de seguimento e vigilância de saúde do seu filho.

Mudança sucessiva de Serviço de Saúde

A mudança sucessiva de Serviço de Saúde revela inconstância no seguimento da própria saúde, seja por mudança sucessiva de local de residência ou não, e que se poderá refletir na inconstância futura no seguimento de saúde dos filhos. A saúde dos filhos, poderá desta forma ficar comprometida e eventualmente negligenciada.

Comportamento conflituoso e /ou agressivo nos Serviços

O comportamento conflituoso e/ou agressivo nos Serviços, poderá ser um comportamento reflexo do comportamento adotado no seio familiar. A baixa tolerância ao stress e grande reatividade a situações que fogem ao controlo da própria mãe, poderá ser indicador de um comportamento semelhante dirigido à criança, quando a mesma não responde da forma que a mãe espera.

Dos fatores de risco observáveis e detetados após o nascimento do RN, associados a características específicas da criança e interação família/criança, são avaliados:

Crianças com necessidades de saúde especiais (saúde física)

Estas características físicas relacionadas com síndromes malformativas ou atrasos de desenvolvimento motor, podem suscitar nos cuidadores sentimentos negativos para com

o recém-nascido (como repulsa ou medo), constituindo causa de stress e que eventualmente possam conduzir ao aparecimento de situação mau-trato físico ou negligência.

Prestação de cuidados inadequada ao RN

O facto de os pais/cuidadores negligenciarem as necessidades básicas da criança, de alimentação, vestuário, assistência médica, segurança e educação, consiste num mau-trato passivo por omissão, que pode ser evidente através da ausência de certos cuidados: criança apresenta-se pouco cuidada com deficiente higiene pessoal, ou vestuário insuficiente ou inadequado; adoce frequentemente; não lhe é dada assistência médica; ou falta frequentemente às consultas de vigilância de saúde (CPCJ, 2010).

Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação de atenção devida

Esta situação constitui uma situação evidente de negligência para com a criança, que poderá ocorrer apenas por um membro da família (mãe) ou por todos os seus membros. No presente trabalho, falamos de RN, pelo que é necessária uma avaliação precisa deste fator, para deteção precoce de situação de negligência da mãe, por eventual depressão pós-parto.

Fuga às responsabilidades parentais e abandono

Pode ocorrer somente em uma ou a todos os níveis bio-psico-socio-cultural. É demonstrativo de um mau-trato por negligência das responsabilidades dos pais/cuidadores em relação à criança.

Incumprimento do programa de saúde infantil

Esta situação poderá colocar em causa a saúde da criança, nomeadamente por não ser monitorizado o seu desenvolvimento (com deteção precoce de sinais e sintomas de alerta), ou por não vacinação.

É necessário compreender esta situação por forma a perceber os fatores impeditivos da vigilância e a envolver os pais nos cuidados de seguimento da saúde do seu filho.

Expectativas irrealistas em relação à criança

Expectativas irrealistas em relação à criança, neste caso em relação ao RN, podem ocorrer por exemplo por a criança não corresponder fisicamente à criança idealizada. Pode ocorrer a atribuição de comportamentos e capacidades irrealistas ao menor, que não correspondendo, poderá ser gerador de comportamento agressivo ou negligente para com o RN.

Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afeto perante a criança

A qualidade da vinculação, nomeadamente o estabelecimento de laços afetivos entre o cuidador e a criança estão associados à maior ou menor ocorrência de maus-tratos no seio familiar. Segundo a CPCJ, dos variados estilos parentais poderão resultar práticas educativas diferentes que poderão conduzir a atos ou omissões, e conseqüentemente ao mau-trato infantil (CPCJ, 2010).

4 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DE FATORES DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA

Os profissionais de saúde, nomeadamente os que atuam ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, têm um papel preponderante, na intervenção junto da criança e da família, comunidade/sociedade em que se insere. A sua proximidade permite um conhecimento das características específicas de cada comunidade, assim como a sua influência nos padrões de comportamento familiar. A existência dessas características torna preditível a existência de alguns fatores de risco e de fatores de stress presentes nas famílias.

Segundo a Teoria de Neuman, o papel dos profissionais consiste em ajudar a família a encontrar respostas, a mobilizar os seus recursos ou outros, por forma a lidar com os stressores que a afetam. Através da avaliação da família, da sua linha de defesa é possível ajudá-la a atingir um estado de bem-estar e equilíbrio indispensável para a sua saúde e a dos seus membros. Destacam-se, desta forma, três níveis de intervenção: a prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária. Há que fazer a distinção entre as três e particularizá-las para o presente caso. Segundo a mesma autora, a prevenção primária “ (...)é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressor. Ainda não ocorreu uma reacção, mas o grau de risco é conhecido (...)”, a prevenção secundária “*envolve intervenções ou tratamentos iniciados após ocorrência de sintomas de stress (...) no sentido da estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência, reduzir a reacção e aumentar os factores de resistência*”, a prevenção terciária remete-se ao que “*ocorre depois do tratamento activo (...) um objectivo principal é fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o reaparecimento da reacção*” (TOMEY e ALLIGOOD 2004, p.336).

Paralelamente ao que foi referido, justifica-se, no caso do presente trabalho e seus objetivos propostos a necessidade de trabalhar a nível da prevenção primária, em estratégias preventivas de proteção da criança (mau-trato). Trata-se de uma aposta na identificação dos fatores de risco e/ou vulnerabilidade na família/criança recém-nascida. A atuação dos profissionais visa então, o fortalecimento dos recursos familiares/criança de forma a manter um equilíbrio familiar estável e a promover o seu bem-estar. De salientar, que se incidem nos fatores protetores e redução dos fatores de risco, na promoção de uma parentalidade positiva e de relações familiares promotoras dos direitos da criança.

Coloca-se uma questão pertinente: Que papel têm os diferentes profissionais de saúde na situação da criança alvo do Projeto?

4.1. Assistente Social

De acordo com a Lei nº147/99, de 1 de Setembro, os assistentes sociais têm “a competência de investigar e avaliar os casos de suspeita de maus-tratos em crianças e jovens”. A Lei é clara nesse aspeto, competindo ao assistente social delinear com a família (uma vez que este trabalho se centra no RN) um plano de intervenção, que de acordo com as necessidades identificadas, visa a eliminação da situação de risco à qual a criança se encontra exposta.

Segundo REIS, citando Magalhães (2009, p.171) “competirá ao assistente social no âmbito das crianças e jovens em risco, intervir de forma coordenada de forma a assegurar uma continuidade nas diferentes fases de protecção, privilegiando-se a cooperação inter-sectorial que pressupõe a colaboração e articulação entre os serviços públicos e privados e uma maior relação entre serviços e comunidade”.

4.2. Psicólogo

Cabe ao psicólogo, tendo em conta o RN e sua família: avaliar a situação de risco psicológico; Analisar o grau de vinculação afetiva dos pais ou seus representantes, seus irmãos e ou outros familiares, à criança; Determinar as medidas a adotar de forma a minorar o risco trabalhando em conjunto num projeto de vida do menor e sua família; Elaborar um relatório pormenorizado sobre a situação incluindo conclusões e propostas fundamentadas; E assegurar a transmissão das suas observações aos restantes profissionais de saúde, participando ativamente na discussão dos casos.

4.3. Enfermeiro

De acordo com o artigo nº 81 do Código Deontológico do Enfermeiro, cabe ao Enfermeiro no exercício da sua prática, salvaguardar os valores humanos, assumindo entre outros o dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”. Competindo especificamente ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, através da implementação e gestão

em parceria, de *“um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* e *“diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM 2009, p.20).

5. VISITA DOMICILIÁRIA

A visita domiciliária surge como a base de atuação a todos os RN/família sinalizados com critérios de risco.

Reforçando o que é referido no Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil *“(...)importa desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária (...) pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco”* (DGS 2005, p.6).

Elevam-se como objetivos da visita:

1. Assegurar condições facilitadoras do normal desenvolvimento da criança;
2. Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar;
3. Reforçar as competências familiares;
4. Ajudar na ativação de todas as redes de suporte formal e informal.

A visita domiciliária permite, desta forma, uma colheita de dados mais exata sobre a estrutura familiar, o ambiente natural ou habitacional, o comportamento e interação do agregado familiar nesse mesmo ambiente. Permite trabalhar diretamente com a família, a identificação das necessidades reais de intervenção e o encontro de recursos realistas.

Incluí como vantagens: conveniência da família que não necessita de se deslocar; o controlo que a família tem sobre o ambiente; o fornecimento de uma opção às famílias que por diversos motivos estariam relutantes ou incapazes de se deslocar; a individualização dos cuidados; e um ambiente natural e familiar livre de tensão e facilitador da exposição de preocupações e necessidades.

A desvantagem principal, desta forma de intervenção, é o custo associado à mesma: custo da preparação e planeamento da visita; deslocação para e do domicílio, tempo dispendido com a família; e a elaboração dos registos pós-visita com planeamento de nova intervenção (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

A Visita Domiciliária encontra-se dividida em quatro fases: Planeamento, Execução, Avaliação e Registos de Enfermagem, que de seguida se passam a explicitar:

5.1. Planeamento

O planeamento da visita tem como ponto de partida o “Formulário de Encaminhamento para o Projeto Estamos Presentes” (Anexo III), recebido na UCC. A seleção da família a ser visitada, é estipulada pela equipa de profissionais do Projeto, no que diz respeito à antiguidade do formulário (são privilegiadas as famílias com crianças recém-nascidas em detrimento das grávidas), assim como ao grau de risco avaliado (são privilegiadas as famílias com uma avaliação superior do grau de risco).

Após seleção das famílias, é feita uma colheita de informação complementar através da consulta da base de dados informatizada (“SINUS”), onde é possível a consulta de outros elementos do agregado familiar e que poderão servir como orientadores na visita, como sejam: inscrição no Centro de Saúde da criança e elementos da família, composição do agregado, cumprimento do Plano Individual de Vacinação quer do RN, quer das outras crianças inscritas e pertencentes à mesma família. Estes elementos dão informações úteis e pertinentes no que concerne à estrutura do agregado, assim como da vigilância de saúde de cada um dos seus membros, de forma mais pertinente nas crianças.

Sempre que possível, antes da visita domiciliária, um elemento da equipa do “Estamos Presentes” deverá estabelecer um contato telefónico, por forma a se apresentar, informando do motivo do contato, da forma como tomou conhecimento da família. Combinar com a mãe/pai/cuidador uma hora e data de visita conveniente tanto para o profissional como para o familiar. Informar o horário que o Projeto “Estamos Presentes” dispõe para a realização das visitas (todas as terças-feiras) e horário, assim como a duração aproximada e objetivo da visita, ajudará a família a decidir quando marcar a mesma. É importante ainda salientar que este serviço é gratuito, não exigindo necessidade de qualquer tipo de pagamento pelo mesmo. O telefonema poderá ser terminado com uma recapitulação da hora, local e objetivo da visita e ainda sobre o meio de a família poder contactar o enfermeiro no caso de necessitar esclarecer dúvidas ou de confirmar ou remarcar a hora e data. O contato telefónico não deverá ultrapassar os 15 minutos.

Poderá ocorrer a possibilidade de a família recusar a visita domiciliária. É à família que cabe a decisão última pela recusa desse Serviço e de autorizar ou não a ida dos profissionais de saúde a sua casa. Nestes casos, é necessário explorar o motivo da recusa, uma vez que poderá ser resultante de um mal entendido no que diz respeito ao motivo da visita ou por deficiente informação relacionada com o Serviço. Nestas situações de recusa o telefonema deverá terminar

deixando em aberto a possibilidade de contato futuro, deixando disponível o Serviço à família e a forma de contato da UCC.

Se existir um lapso de tempo entre o contato e a família, poder-se-á realizar um contato breve, por forma, a confirmar a hora e a evitar não se encontrar ninguém em casa.

Para além dos aspetos referidos, é necessário ainda ter em conta os recursos materiais que deverão estar à disposição, nomeadamente a confirmação da requisição do veículo de transporte (carrinha com número de lugares suficiente para o número de profissionais que irão realizar as visitas domiciliárias) no dia da visita.

5.2. Execução

Esta fase diz respeito à concretização da visita domiciliária. Um aspeto imprescindível a ter em conta na realização da mesma, é a segurança dos profissionais. Pelo mesmo fato, é adotada a realização da visita a pares (dois profissionais, habitualmente enfermeira e assistente social ou enfermeira e psicóloga). À aproximação do domicílio deverá ser tida em conta e avaliados os perigos reais do meio envolvente. Uma estratégia adotada é a utilização de veículo de transporte devidamente identificado com o logotipo do Serviço de Saúde, assim como o uso de uniformes e crachás identificativos do profissional. É necessária prudência e se se verificarem não estarem reunidas condições de segurança, a visita não deverá ser realizada.

Uma vez em casa da família, o profissional deve-se apresentar novamente e identificar-se profissionalmente. Há que ter em conta, segundo STANHOPE e LANCASTER (1999, p.534) que *“as famílias podem sentir que estão a ser “examinadas” estão a ser consideradas como disfuncionais, ou que a sua privacidade está a ser usurpada. Os serviços de enfermagem, em particular os dependentes de departamentos de saúde, têm sido identificados pelo público em geral como sendo “serviços públicos” destinados a pessoas necessitadas ou que não têm condições económicas para pagar os cuidados”*. Desta forma, na fase introdutória é necessário desconstruir este tipo de conceito e esclarecer quanto ao motivo da visita domiciliária.

Certos aspetos relacionados com o ambiente familiar, como televisão com volume alto, a presença de animais de estimação, o toque do telefone, podem surgir como elementos de constante interrupção do diálogo. Nestas situações, o profissional poderá perguntar quanto à possibilidade, por exemplo, de se desligar a televisão, por determinado período de tempo. O facto de se tratar do ambiente natural da família, com os fatores habituais, o familiar pode não se

aperceber do ruído ambiental como potencial causador de rotura do diálogo com o profissional (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

No período inicial da visita, deverá haver um momento social para permitir um diálogo de abertura e de aproximação entre profissionais/família. No diálogo/entrevista deverá ser garantida a privacidade e confidencialidade das informações partilhadas, evitar emitir julgamentos de valor (envergonhar a família ou culpabilizá-la), dar suporte, aplicar uma escuta ativa, promover no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família, facilitar a colaboração e envolvimento da mesma na intervenção (DGS, 2007).

Nesta fase, o diálogo estabelecido, permitirá a colheita de dados relacionados com a família/criança. Serão confirmados ou não os fatores de risco identificados anteriormente no formulário de referenciação da família/RN, feita uma avaliação da estrutura, interação e papéis do agregado, com particular incidência na criança. Com base nos fatores de risco identificados/validados deverá ser feita uma avaliação dos fatores de proteção da família/RN, e promovidos os mesmos no decurso da visita. Estes permitirão o reforço das defesas e proteção das barreiras familiares no combate aos fatores stressores, no sentido da promoção da qualidade e bem-estar familiar.

5.2.1. Validação dos Fatores de Risco da Família/Recém Nascido

FATORES DE RISCO	
CRIANÇA	Prematuros, com baixo peso e temperamento difícil
	Défice físico ou psíquico
	Doenças neurológicas congénitas ou adquiridas
	Problemas de saúde crónicos ou atrasos de desenvolvimento.
	Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentira, absentismo escolar, ...)
	Não satisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, atrativo físico)
FAMÍLIA	Desestruturação familiar
	Elevado número de filhos
	Pais adolescentes
	Conflitos conjugais
	Violência doméstica
	Expectativas irrealistas relativamente ao comportamento e capacidade dos filhos
	Desconhecimento das necessidades infantis
	Autoridade parental ausente ou demasiado permissiva ou punitiva
	Ausência de comunicação pais-filhos
	Ausência de interação compensatória pais – filhos
	Vinculação insegura
	Problemas de comunicação
	Défice do exercício das responsabilidades parentais
	Elemento da família com vulnerabilidades particulares (toxicodependências, desemprego, doença mental, deficiência ou doença crónica, alcoolismo, exclusão social, precaridade laboral, etc)
	Antecedentes de vivência pessoal de maus- tratos
Monoparentalidade	
CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL	Aceitação de violência como forma de disputa interpessoal
	Exaltação mediática da violência
	Tolerância social para a educação através da punição física
	Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar
	Definição do mau-trato como práticas tidas como aceitáveis pela cultura de pertença de crianças e adulto

Tabela 6 - Fatores de Risco (Adaptado de CPCJ 2010, p.32).

5.2.2. Identificação de Fatores de Proteção

FATORES DE PROTEÇÃO/COMPENSATÓRIOS	
CRIANÇA	Boa auto-estima
	Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios
	Capacidade de pedir ajuda
	Forte vinculação com um dos progenitores
	Relação afetiva securizante com adulto significativo
	Competências adaptativas (resiliência)
	Estado geral saudável
	Capacidade de empatia e de pro –atividade
	Boas capacidades cognitivas
FAMÍLIA	Vinculação segura com a criança
	Relação afetiva securizante da parte dos pais/cuidadores com um adulto significativo
	Exercício efetivo das responsabilidades parentais
	Estilos parentais adequados às necessidades da criança
	Expectativas adequadas ao desenvolvimento e necessidades dos filhos
	Interações positivas pais –filhos
	Suporte conjugal
	Capacidade de resolução dos problemas familiares
	Disponibilidade emocional
	Comunicação e expressão de afetos presente entre pais e filhos
	Estabilidade económica
	Saúde e bem estar
	História familiar sem violência ou maus-tratos
	Presença de suporte familiar e social
CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL	Meio escolar integrador
	Apoio social disponível
	Grupos formais e informais de pares
	Recursos adequados na comunidade
	Comunidade com recursos de educação, saúde.
	Ocupação de tempos livres, etc.

Tabela 7 - Fatores de Proteção/Compensatórios (Adaptado de CPCJ 2010, p.32).

A identificação de fatores de risco, de mau-trato para a criança, passa pela observação e avaliação da qualidade do ambiente físico/familiar/criança. Esta é possível através da avaliação da resposta para as necessidades de desenvolvimento das crianças do agregado, as competências parentais presentes, e os fatores familiares e ecológicos existentes.

5.2.3. Necessidades de Desenvolvimento da Criança

NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
SAÚDE	Saúde física e mental: crescimento, desenvolvimento, fatores genéticos, deficiências, cuidados médicos, alimentação, exercício físico, aconselhamento e informação sobre educação sexual e substâncias aditivas.
EDUCAÇÃO	Desenvolvimento cognitivo da criança desde o seu nascimento: oportunidades da criança brincar e interagir com outras crianças, acesso a livros, desenvolvimento de habilidades e interesses, sucesso escolar.
DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	Qualidade da vinculação afetiva: sentimentos e ações apropriadas por parte da criança em relação aos pais, família alargada e outros; comportamento adequado; adaptação à mudança; resposta adequada a situações de stress, capacidade de auto-controlo.
IDENTIDADE	Auto-imagem da criança como um ser individual e valorizado pelos outros, auto-estima positiva (etnia, religião, idade, sexo, sexualidade, deficiência). Sentimento de pertença e aceitação por parte da família, grupo de pares, comunidade e sociedade em geral.
RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL	Desenvolvimento de empatia e capacidade de se colocar na situação do outro. Relação estável e afetiva com os pais, boa relação com os irmãos, amigos e outras pessoas significativas na vida da criança.
APRESENTAÇÃO SOCIAL	Vestuário apropriado para a idade, género, cultura e religião e higiene pessoal.
CAPACIDADE DE AUTONOMIA	Aquisição por parte da criança de competências práticas, emocionais e comunicativas que contribuem para a sua independência gradual.

Tabela 8 - Necessidades de Desenvolvimento da Criança (Adaptado de CPCJ 2010, p.31).

Na avaliação das necessidades de desenvolvimento do RN é necessário ter um conhecimento, *a priori*, do que é considerado como adequado e normal para esse período específico de desenvolvimento da criança, por forma a detetar os desvios à norma, que serão reflexo de um compromisso na resposta às suas necessidades (correspondendo a sinais de alarme). Estas características são possíveis de consultar e rever no Anexo IV.

5.2.4. Avaliação das Competências Parentais

COMPETÊNCIAS PARENTAIS	
CUIDADOS BÁSICOS	Satisfação das necessidades físicas da criança (alimentação, vestuário, higiene, saúde e conforto).
SEGURANÇA	Proteção contra perigos dentro de casa e noutros locais, proteção contra adultos e outras crianças que possam colocar a criança em perigo; proteção de comportamentos autodestrutivos.
AFETIVIDADE	Satisfação das necessidades emocionais e afetivas da criança: promoção de relações seguras, estáveis e afetuosas com a criança, prestando especial atenção às suas necessidades emocionais; contato físico apropriado.
ESTIMULAÇÃO	Intelectual e cognitiva através da promoção de oportunidades sociais e educacionais através de : interação e comunicação com a criança, realização de jogos e brincadeiras, promoção das oportunidades educacionais.
ESTABELECIMENTO DE REGRAS E LIMITES	Disciplina apropriada e supervisão da criança. Pais como figuras de referência no que diz respeito a valores sociais e humanos.
ESTABILIDADE	Ambiente familiar estável de modo a que a criança desenvolva uma vinculação afetiva segura e positiva com os seus principais cuidadores com vista a um desenvolvimento óptimo. Promoção do contato da criança com familiares e outras pessoas significativas na sua vida.

Tabela 9 - Competências Parentais (Adaptado de CPCJ 2010, p.31).

5.2.5. Avaliação dos Fatores Familiares e Ecológicos

FATORES FAMILIARES E ECOLÓGICOS	
HISTÓRIA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR	Inclui os fatores genéticos e psicossociais; funcionamento e composição do agregado familiar; infância dos pais; acontecimentos familiares significativos; potencialidades e dificuldades dos pais; relacionamento entre pais separados.
FAMÍLIA ALARGADA	Quem são, papel, qualidade e importância para a família nuclear e para a criança. Historial da infância da família alargada.
CONDIÇÕES HABITACIONAIS	Adequada às necessidades da criança e da sua família: tipo de habitação, estado de conservação, condições sanitárias e de higiene, alojamento da criança, adequada proteção contra perigos dentro e fora de casa.
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Situação profissional dos elementos do agregado familiar e do respetivo impacto na criança, e no relacionamento e avaliação dos pais com esta.

Tabela 10 – Fatores Familiares e Ecológicos (Adaptado de CPCJ 2010, p. 32).

É imprescindível aos profissionais de saúde, que pretendem intervir junto da família, no esforço de promoção da saúde, que compreendam a sua organização, papéis e responsabilidades que cada um assume na dinâmica familiar. Esta colheita de dados permite a compreensão da

unidade familiar, visando capacitar os profissionais na redução de fatores de stress e risco, na promoção da saúde familiar.

Nesta base é necessária para uma **avaliação da estrutura da família** e a compreensão da dinâmica dos seus membros (STANHOPE e LANCASTER, 1999):

- Compreender os papéis desempenhados por cada membro da família;
- Reconhecer as expectativas comportamentais dos membros da família;
- Identificar várias fontes de stress e interpretar o seu significado para a família;
- Identificar comportamentos desadequados dos membros da família que podem afetar a sua saúde;
- Determinar a adaptação a papéis múltiplos;
- Identificar incompatibilidade entre o papel (de mãe) e a pessoa (a mãe) que o desempenha;
- Avaliar os papéis quando os procedimentos não estão claramente definidos;
- Identificar os membros da família que não conseguem desempenhar o seu papel de acordo com as expectativas.

Na **avaliação da interação familiar**, enfatiza-se a :

- Interação entre os membros da família;
- Padrões de comunicação familiar sobre os comportamentos de saúde e de doença adequados aos diferentes papéis;
- Eficácia da interação entre os membros;
- Capacidade de estabelecer a comunicação entre o enfermeiro e a família;
- A clareza e concisão das mensagens entre os membros;
- As semelhanças entre as comunicações verbais e não verbais;
- Direções da interação (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Aspetos importantes de avaliar relacionados com o **desenvolvimento da família**:

- Onde está posicionada a família na sua história de desenvolvimento e no seu ciclo de vida familiar;
- Número, idade e forma de parentesco dos membros da família;
- Características étnicas, religiosas e socioeconómicas (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

É imprescindível o conhecimento do **ciclo de vida familiar**, uma vez que a fase de desenvolvimento em que a família se encontra, influencia a forma de intervenção dos profissionais:

- Focar-se na família ao longo do seu ciclo de vida;
- Ver os membros da família em interação;
- Observar a forma como os membros da família e a unidade familiar se influenciam uns aos outros;
- Reconhecer o que uma determinada família sente num dado momento;
- Identificar os períodos críticos de crescimento e desenvolvimento quer dos membros individuais quer da família;
- Reconhecer os pontos comuns e as variações entre os ciclos de vida das famílias;
- Respeitar a forma como a cultura e a família se influenciam mutuamente;
- Prever o que a família sentirá nos diferentes períodos do seu ciclo de vida (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

O profissional que trabalha na comunidade, deverá ter em conta na sua abordagem à **família vulnerável**, vários aspetos a observar:

- A família deverá ser analisada através da estrutura ao longo do período de tempo correspondente a três gerações (incluindo, desta forma, não só a família atual, como a família mais alargada);
- A família vulnerável está sujeita à perda mais abrupta por deserção, morte e/ou prisão de algum dos seus membros;
- A família vulnerável vê reduzido o tempo de cada um dos estádios de desenvolvimento normal familiar (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Todos os aspetos, anteriormente referidos permitem um conhecimento geral da família, permitindo uma intervenção individualizada e específica dos profissionais, ajudando a mesma a lidar com alterações previsíveis de papéis e/ou mudanças na estrutura familiar, que possam constituir fatores de risco. O desenho de uma folha com tópicos orientadores (Anexo V) dos vários fatores a serem observados durante a visita domiciliária, poderá ajudar a orientar a observação e consequentemente a intervenção na saúde da família/RN.

Em suma, é importante, os profissionais de saúde serem realistas quanto ao que é adequado ou possível de ser efetuado numa visita domiciliária. Procura-se encontrar com a família, recursos ou outros serviços adequados da comunidade que dêem resposta às suas necessidades. Com esta avaliação é determinada entre família/profissionais a necessidade de programar novas intervenções e/ou visitas.

A visita domiciliária poderá ter uma duração de 45 minutos. No seu final o profissional poderá rever com a família o que aconteceu e o que foi efetuado, planeando a eventualidade de novos contatos ou visita. Será entregue um panfleto do Projeto (Anexo VI), com os contatos da UCC e outros contatos úteis de Serviços da Comunidade. Se tal situação se verificar necessária, poderá ser delineado um contrato entre os intervenientes com o estabelecimento dos objetivos e planeamento de novas intervenções necessárias. Pretende-se uma parceria interativa e uma participação ativa dos intervenientes (Profissionais/Família) no planeamento dos cuidados.

5.3. Avaliação

A avaliação da visita domiciliária deve incluir aspetos objetivos e subjetivos e outras informações relevantes, observados por cada profissional de saúde, com discussão individual de cada situação e determinação de um plano de ação específico.

Poder-se-á concluir a necessidade de mobilização de redes de recursos internas do ACES e dinamizar a rede social de modo a assegurar o acompanhamento dos casos.

Desta avaliação e discussão poder-se-á levantar a necessidade de acompanhamento e encaminhamento do caso do RN/família por ter sido detetada situação de risco de mau-trato (referenciada para o NACJR) ou de perigo instalado de mau-trato /negligência da criança (referenciada para a CPCJ). Este encaminhamento, segue o esquema de intervenção descrito pela DGS (Ilustração 7).

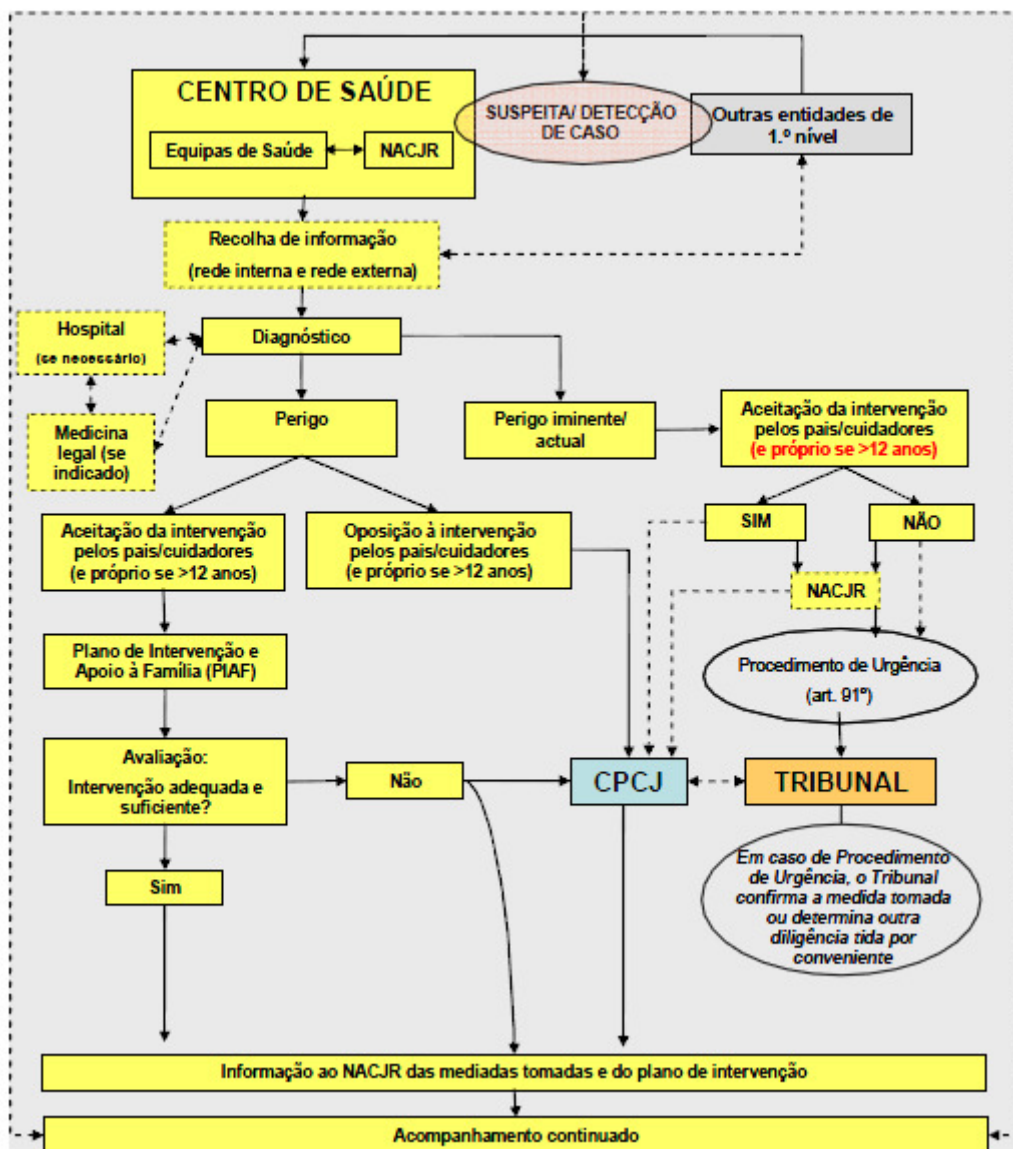


Ilustração 7 - Esquema de Intervenção em Centro de Saúde, sobre situações de Crianças em Risco (Adaptado de DGS 2007,p.27).

5.4. Registo da Visita Domiciliária

O registo da visita domiciliária deve ser feita pelos profissionais que a realizaram, atendendo à avaliação da situação, das necessidades identificadas, da sua atuação, da programação de novas intervenções e/ou mobilização de recursos (intra-familiares e/ou extra-familiares). Procede-se ao registo informático, especificamente desenhado para o efeito, não só da visita domiciliária realizada, mas também de outras intervenções extra-visita, relacionadas com a família/criança (por exemplo, contatos telefónicos, planeamento e discussão do caso pelos

profissionais). Desta forma, é possível uma linha de continuidade de cuidados e garantida a transmissão de informação pelos profissionais de saúde envolvidos no Projeto.

CONCLUSÃO

A aposta na intervenção primária é fundamental na prevenção de situações de risco familiar, que constituam um meio propício para o surgimento de condições de maus-tratos na criança. Por essa razão, o “Estamos Presentes” é um Projeto que visa a aposta antecipada na prevenção do risco e promoção de fatores protetores, investindo na atuação precoce junto da família ainda antes da criança nascer.

Em suma, a elaboração deste guião visa fornecer material de suporte para o planeamento, organização e atuação dos profissionais de saúde, junto do RN/família, favorecendo um ambiente promotor da parentalidade e promotor das necessidades e direitos da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLAS (Conselho Local de Acção Social) – **Rede Social, Diagnóstico Social 2011 Amadora**. Amadora, 2011. 94p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Cartaxo – **Todos Somos Responsáveis**. Cartaxo: Câmara Municipal do Cartaxo, 2007. 24p.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2009, 45p.

DGS (Direcção-Geral da Saúde) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007. 79p.

DGS (Direcção-Geral da Saúde) - **Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa: DGS 2005, 50p. ISBN 972-675-084-9.

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

MONTEIRO, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro –**Psicologia**. Porto: Porto Editora, 1998. 351 p. ISBN 972-0-42104-5.

PORTO EDITORA – **Dicionário da Porto Editora** [on-line]. Porto, 2012 [acedido em 10/06/2012]. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>

REIS, Vítor José Oliveira – **Crianças e Jovens em Risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2009, 472p.

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, 764p. ISBN 972-8383-74-6.

UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) - **Plano Acção da Unidade de Cuidados Continuados da Comunidade, Amadora+**. ACES VII, 2009. 174p.

UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança** [on-line]. UNICEF, 1989 [acedido em 6/06/2012], 54 p. Disponível em www.unicef.pt/artigo.php

WHO (World Health Organization) - World Report on Violence and Health. Geneva. World Health Organization, 2002

ANEXO III

- FOLHA DE VISITA DOMICILIÁRIA -

“ESTAMOS PRESENTES” – VISITA DOMICILIÁRIA

	SAÚDE	EDUCAÇÃO	DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	IDENTIDADE SOCIAL	RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Aspeto cuidado - Apresenta um desenvolvimento físico adequado - Come bem - Apresenta sinais e/ou sintomas de ter sido exposta a substâncias aditivas durante a gravidez - Tem feito vigilância de saúde de acordo com a periodicidade prevista no Boletim Individual de saúde - Tem vacinas de acordo com o PNV - Tem evidência de lesões devido a acidentes - Tem problema de saúde crónico - Apresenta padrão de sono regular 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde/reage de forma adequada aos sons e vozes realizados à sua volta - Demonstra curiosidade sobre o meio, as pessoas, os brinquedos e outros objetos que a rodeiam 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança apresenta-se habitualmente calma e vozes realizadas de forma adequada aos estímulos dos adultos - Quando chora é habitualmente consolada de imediato - Reage de forma adequada aos estímulos dos adultos 	<ul style="list-style-type: none"> - Parece reagir às pessoas familiares (mãe/pai) 	<ul style="list-style-type: none"> - Parece demonstrar sinais de vinculação adequada com a mãe - Mostra-se mais calma na presença dos principais cuidadores
COMPETÊNCIAS PARENTAIS:					
CUIDADOS BÁSICOS	<ul style="list-style-type: none"> - A criança apresenta cuidados básicos de higiene adequados, toma banho regularmente - A criança é vestida de acordo com a estação do ano e o tempo - A criança é alimentada de forma adequada à idade - São respeitadas as consultas de rotina da criança - Os pais/cuidadores apresentam uma justificação adequada quando o PNV não é respeitado 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança possui um conjunto de objetos/briquetes seguros com os quais pode brincar 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pais/cuidadores apresentam uma resposta adequada e responsável face às necessidades emocionais da criança - Os conflitos entre pais/cuidadores são resolvidos de forma não violenta 	<ul style="list-style-type: none"> - O vestuário da criança encontra-se limpo: não está sujo de urina, fezes ou comida - As roupas da criança são lavadas periodicamente - Todos os familiares utilizam o mesmo nome quando chama pela criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Um pequeno número de adultos familiares e adequados cuidam da criança - Relacionam-se com a criança de modo a encorajar o desenvolvimento de uma relação forte e positiva - Passam tempo suficiente com a criança de modo a manter uma relação forte
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - As marcas e lesões da criança têm uma explicação aceitável por parte dos pais/cuidadores - Quando a criança faz lesões estas foram devidamente tratadas - Tomam medidas e cuidados para prevenir a ocorrência dos acidentes que são mais comuns - A criança é protegida de possíveis abusos 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança possui um lugar seguro onde dormir - Os pais/cuidadores asseguram que os espaços onde a criança permanece são seguros para ela - A criança é vigiada por um adulto quando está dentro e fora de casa 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é deixada com estranhos - A criança é alvo de gritos, castigada fisicamente, ou "abanada" - Os pais/cuidadores procuram ajuda ou aconselhamento quando se encontram com dificuldades em lidar com o comportamento da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - O vestuário da criança é apropriado para a idade, género, cultura, religião, estação do ano 	<ul style="list-style-type: none"> - Os irmãos são geralmente gentis para com a criança - Os pais/cuidadores acompanham de perto as interações entre a criança e os irmãos
AFETIVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - A criança quando está acordada está sempre acompanhada por alguém - Confortam a criança quando chora 	<ul style="list-style-type: none"> - Respondem aos apelos da criança - Demonstam gostar de estar a comunicar com a criança 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é confortada quando está a chorar - A criança é exposta frequentemente à crítica e à hostilidade - Têm prazer em manter contato físico adequado com a criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pais/cuidadores demonstram frequentemente e de forma espontânea afeto para com a criança - Os pais demonstram orgulho na criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Respondem com sensibilidade à criança - Encorajam relações familiares afetuosas com a criança
ESTIMULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é estimulada, e os pais oferecem diferentes tipos de estímulo 	<ul style="list-style-type: none"> - Falam, cantam e brincam com a criança 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é frequentemente exposta a pais/cuidadores perturbados emocionalmente - A criança é estimulada a interagir com outros 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é estimulada 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é levada ao encontro de outros pais/cuidadores e crianças
ESTABELECIMENTO DE REGRAS E LIMITES	<ul style="list-style-type: none"> - A fralda da criança é mudada regularmente - Asseguram que a criança tenha em horário regular e sem distúrbios 	<ul style="list-style-type: none"> - Os brinquedos disponíveis para a criança são adequados ao seu estágio de desenvolvimento - A criança é estimulada em demasia face às suas necessidades de desenvolvimento (ex: são-lhe dados muitos brinquedos de uma só vez) 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pais/cuidadores utilizam uma variedade de métodos positivos para acalmar a criança, e no diálogo com esta 		<ul style="list-style-type: none"> - As relações dos pais/cuidadores são um bom exemplo para a criança
ESTABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionam rotinas regulares e consistentes (hora de alimentação, hora de deitar e hora de tomar banho, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Os pais promovem um ambiente estimulante para a criança - Os brinquedos são cuidados e encontram-se em bom estado 	<ul style="list-style-type: none"> - As respostas ao comportamento da criança são consistentes com o mesmo - Os pais/cuidadores geralmente apoiam-se mutuamente na aplicação das regras familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - A criança é aceite como um membro da família - A criança é apoiada quando é separada dos pais/cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> - No dia-a-dia há um padrão de cuidados estável - A criança tem pelo menos uma relação duradoura estável com um adulto - Há uma continuidade nos cuidados prestados à criança - Um número limitado de adultos conhecidos e de confiança cuidam intimamente da criança

	FATORES DE RISCO	FATORES PROTETORES/
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuros, com baixo peso e temperamento difícil - Défice físico ou psíquico - Doenças neurológicas congénitas ou adquiridas - Problemas de saúde crónicos ou atrasos de desenvolvimento - Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentira, absentismo escolar, ...) - Não satisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, atrativo físico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Boa auto-estima - Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios - Capacidade de pedir ajuda - Forte vinculação com um dos progenitores - Relação afetiva securizante com adulto significativo - Competências adaptativas (resiliência) - Estado geral saudável - Capacidade de empatia e de pro-atividade - Boas capacidades cognitivas
FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> - Desestruturação familiar - Elevado número de filhos - Pais adolescentes - Conflitos conjugais - Violência doméstica - Expectativas irrealistas relativamente ao comportamento e capacidade dos filhos - Desconhecimento das necessidades infantis - Autoridade parental ausente ou demasiado permissiva ou punitiva - Ausência de comunicação pais-filhos - Ausência de interação compensatória pais – filhos - Vinculação insegura - Problemas de comunicação - Défice do exercício das responsabilidades parentais - Elemento da família com vulnerabilidades particulares (toxicod dependências, desemprego, doença mental, deficiência ou doença crónica, alcoolismo, exclusão social, precariedade laboral, etc) - Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos - Monoparentalidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculação segura com a criança - Relação afetiva securizante da parte dos pais/cuidadores com um adulto significativo - Exercício efetivo das responsabilidades parentais - Estilos parentais adequados às necessidades da criança - Expectativas adequadas ao desenvolvimento e necessidades dos filhos - Interações positivas pais –filhos - Suporte conjugal - Capacidade de resolução dos problemas familiares - Disponibilidade emocional - Comunicação e expressão de afectos presente entre pais e filhos - Estabilidade económica - Saúde e bem estar - História familiar sem violência ou maus –tratos - Presença de suporte familiar e social
CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitação de violência como forma de disputa interpessoal - Exaltação mediática da violência - Tolerância social para a educação através da punição física - Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar - Definição do mau-trato como práticas tidas como aceitáveis pela cultura de pertença de crianças e adulto 	<ul style="list-style-type: none"> - Meio escolar integrador - Apoio social disponível - Grupos formais e informais de pares - Recursos adequados na comunidade - Comunidade com recursos de educação, saúde, - Ocupação de tempos livres, etc

Adaptado de:

REIS, Victor José Oliveira – Crianças e Jovens em Risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2009, 472p.
 CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo. Lisboa, 2010. 237p.

“ESTAMOS PRESENTES” – VISITA DOMICILIÁRIA

FATORES FAMILIARES E ECOLÓGICOS QUE PODEM TER IMPACTO NA CRIANÇA E NAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS	
HISTÓRICO FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - Há algum elemento do agregado que tenha vivido uma experiência de infância traumatizante? (qualquer tipo de abuso ocorrido: sexual, institucional) - A família sofreu alguma perda traumática ou crise que não esteja ainda resolvida (perda de um familiar)
FUNCIONAMENTO FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> - O comportamento/deficiência da criança tem algum impacto negativo nos irmãos? - O comportamento/deficiência da criança tem algum impacto negativo na capacidade dos pais/principais cuidadores em continuarem a assegurar os cuidados? - Algum membro do agregado familiar apresenta: <ul style="list-style-type: none"> Saúde mental frágil Saúde física frágil Problemas de comportamento Deficiência física Dificuldades de aprendizagem Déficit sensorial Problemas de álcool/drogas - Alguém do agregado familiar da criança teve um historial de violência? - Há frequentes discussões familiares?
FAMÍLIA ALARGADA	<ul style="list-style-type: none"> - A família alargada proporciona: <ul style="list-style-type: none"> Suporte prático e útil Apoio emocional Apoio financeiro Informação e aconselhamento - Há algum adulto em casa que apoia os pais/cuidadores nas tarefas de cuidar da criança?
CONDIÇÕES HABITACIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> - A família encontra-se numa situação de desalojamento? - A família é vulnerável a um eventual despejo ou a um alojamento temporário? - A casa e os arredores são seguros para a criança? - A casa tem as condições mínimas necessárias? - A casa necessita de algumas adaptações necessárias para responder às necessidades da criança? - A casa está sobrelotada?
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Algum dos pais/cuidadores tem um emprego assalariado? - O trabalho ou o ritmo do trabalho dos pais/cuidadores tem um impacto negativo no dispender de cuidados à criança? - O emprego é razoavelmente seguro? - Os membros da família que procuram emprego têm um suporte adequado?
RENDIMENTOS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> - São requeridos todos os benefícios a que tem direito? - As contas da casa são pagas regularmente? - A família é capaz de gerir os rendimentos que recebe? - Se existem dívidas, elas estão a aumentar? - A família preocupa-se com as suas obrigações financeiras futuras?
INTEGRAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> - A família sente-se aceite pela comunidade? - Há membros da família que experimentam situações de discriminação ou de humilhação? - A família tem amigos a nível local? - A família está envolvida em organizações ou atividades a nível local?
RECURSOS DA COMUNIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Há recursos comunitários que são acessíveis à família? - A família utiliza de algum recurso comunitário?

OUTRAS INFORMAÇÕES ÚTEIS									
Quadro II - Vacinação universal. Esquema Recomendado									
Vacina contra:	Idades								
	0 Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG								
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3					
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4			
Difteria -Tétano - Tosse Convulsa		DTP _a 1	DTP _a 2	DTP _a 3		DTP _a 4	DTP _a 5	Td	Td
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3			VIP 4		
Meningococo C (a)					MenC 1				
Sarampo - Parotidite epidémica - Rubéola					VASPR 1		VASPR 2		
Infecções por vírus do Papiloma humano (b)								HPV 1, 2, 3 9 anos	

Programa Nacional de Vacinação (Adaptado de acordo com Norma nº 040/2011 da Direcção-Geral da Saúde de 21/12/2011)

CONTACTOS ÚTEIS	Saúde:	Apoio Social:	Apoio Criança/Família:	Jovens/Deficiência:
Violência: AMCV- Violência contra as Mulheres e crianças 21 366 67 22	Hospital Fernando Fonseca (HFF) 21 434 82 00	O Vigilante- Associação de Socorros Médicos 21 491 14 43 (fraldas) Ajuda de Mãe 21 476 26 60 (roupa)	Projecto de Apoio à Família/Criança 21 347 26 93/4/5 CPCJ Amadora 21 492 87 06 Ajuda de Berço 213827850 /217933209 Associação Cultural Moinho da Juventude 21 497 10 70 Passo a Passo 213622793 /961564650 Linha telefónica de Apoio 808 237 327 /21 002 719	Fundação AFID Diferença 21 4724040 Amorama-Assoc. Pais e Amigos de Deficientes Profundos 21 4910639
APAV 21 888 47 32	Unidade Saúde Brandão 21 476 69 07 Unidade Saúde da Buraca 21 472 55 30 Unidade Saúde Damaia 21 490 62 10 Unidade Saúde Reboleira 21 496 78 00 Unidade Saúde Venda Nova 21 499 24 00 Unidade Saúde Amadora 21 493 0113	Competências Pessoais/Sociais: Presley Ridge 21 495 21 84 Projecto Laço 912247025 /934285614 Apas-Assoc.Jovens Promotores Amadora Saudável 21 4746048		

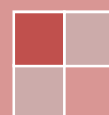
ANEXO IV

- PROJETO “MÃES ADOLESCENTES” -

2012



Projeto “Mães Adolescentes”



UCC AMADORA +

“MÃES ADOLESCENTES”

Projeto

Joana Marques Romeiro

[Trabalho desenvolvido na sequência do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica de Lisboa, que decorreu de 30 de Abril a 23 de Junho de 2012, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Amadora +, da Damaia.]

AMADORA, JUNHO DE 2012

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	7
PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	9
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	12
DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	33
FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	38
PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	39
AVALIAÇÃO	42
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Hierarquia do Processo de Planeamento	10
Ilustração 2 - Etapas do Planeamento em Saúde.....	11
Ilustração 3 - Necessidades de Saúde	12
Ilustração 4 - Freguesias do Concelho da Amadora	16
Ilustração 5 - Localização das Instalações do ACES VII	23
Ilustração 6 - Taxa de fecundidade por idade materna, de 1960 a 2003	29
Ilustração 7 - Nascimentos em mães dos 15-24 anos de idade, de 1985 a 2003	30
Ilustração 8 - Nascimentos em mães com idade inferior a 15 anos, de 1985 a 2003	30
Ilustração 9 - Taxa de fecundidade feminina e masculina, de 1985 a 2003	30
Ilustração 10 - Padrão de evolução dos nascimentos em pais dos 15-24 anos de idade, 1985 a 2003.	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Evolução da População Residente no Concelho por Freguesia	17
Gráfico 2 - Pirâmide Etária	17
Gráfico 3 - Evolução do número de desempregados inscritos no CE, segundo grupo etário	19
Gráfico 4 - Distribuição do número de alunos do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário por nível de escolaridade	26
Gráfico 5 - Número de Processos de Crianças e Jovens em Risco, abertos de 2010.....	28
Gráfico 6 - Motivo de Intervenção nos casos de crianças referenciadas à CPCJ Amadora	28

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Oferta Educativa no Concelho da Amadora	25
Tabela 2 - Fatores de risco e fatores de proteção	37
Tabela 3 - Cronograma das fases do Projeto "Mães Adolescentes".....	39
Tabela 4 - Distribuição das ações de formação pelos profissionais de saúde responsáveis por as implementar.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos do Centro de Saúde
AMNL - Área Metropolitana de Lisboa Norte
CAV – Centro de Apoio à Vida
CE - Centro de Emprego
CLAS - Conselho Local de Acção Social
CLIMA - Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia da Amadora
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CRI - Centro de Respostas Integradas
CS - Centro de Saúde
DGS – Direcção-Geral de Saúde
HBSC - Health Behaviour in School-Aged Children”
HFF - Hospital Fernando Fonseca
IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAAR - Programa de Apoio de AutoReajamento
PER - Programa Especial de Reajamento
RN - Recém-Nascido
RSI - Rendimento Social de Inserção
SIARS - Sistema de Informação das Administrações de Saúde
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF - Unidades de Saúde Familiares

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência constitui uma problemática atual e com repercussões variadas na vida das jovens e sua família. Mesmo com uma condição económica ideal e de apoio da família para o nascimento do bebé, a adolescente no início da maternidade pode ver-se obrigada a abandonar a escola para cuidar do filho. São poucos os recursos específicos existentes na comunidade que dêem o suporte necessário às necessidades não só dos jovens, como especificamente das adolescentes grávidas.

O Projeto “Mães Adolescentes” surge integrado e encadeado com o Projeto “Estamos Presentes”, resultado da necessidade primariamente identificada pela prática dos profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar que integram o último.

Pretende através de uma metodologia de planeamento em saúde, servir como linha orientadora do desempenho dos profissionais na sua intervenção junto das mães adolescentes. A sua pertinência, advém da necessidade de apostar na qualidade e eficácia de atuação, com o intuito de otimizar a abordagem, no processo de identificação, avaliação e intervenção em situações de parentalidade precoce. Pretende contribuir assim para o apoio às mães adolescentes, no sentido de uma parentalidade adequada, na adoção de comportamentos de vida saudável e no contributo para o desenho de um Projeto de Vida próprio.

Por forma a sustentar o presente trabalho, recorreu-se a uma revisão bibliográfica, mais especificamente, da legislação portuguesa atualmente em vigor, e de uma variedade de documentos técnicos, já existentes e orientadores da intervenção, direcionados especificamente para os jovens e adolescentes.

Tendo presente, que as características particulares das mães adolescentes, assim como da comunidade e cultura em que se inserem, influenciam a sua maneira e forma de estar, procurou-se adaptar o seu conteúdo, à realidade da comunidade abrangida pelo Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES VII), Amadora +. Essa situação possibilitará uma abordagem mais direcionada e individualizada para a população alvo definida.

Para facilitar a leitura, o presente Projeto foi estruturado em oito partes, cujo conteúdo se remete às fases clássicas do planeamento em saúde. Cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos profissionais à população das mães adolescentes.

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

A primeira, focaliza-se na caracterização do planeamento em saúde, e das suas várias etapas, surgindo como suporte para a apresentação das fases do planeamento do Projeto “Mães Adolescentes”.

Na segunda, é realizado um diagnóstico de situação, por meio da caracterização da população alvo e levantadas as necessidades prementes que determinam a pertinência do trabalho.

A terceira parte surge encadeada com a anterior, na medida em que, se dedica à determinação das áreas prioritárias de atuação, baseada no levantamento das necessidades.

A fixação de objetivos gerais e específicos é feita na quarta fase e vão conduzir à elaboração do Projeto e seleção das estratégias mais pertinentes.

Segue-se a preparação da execução, onde é feita uma previsão no que diz respeito à implementação dos conteúdos programáticos delineados pelos profissionais de saúde, assim como a condicionantes de ordem vária, nomeadamente aos meios físicos e humanos necessários à sua consecução.

É ainda determinada a forma como será concretizada a avaliação, não só dos conteúdos do Projeto apresentado, como também da satisfação das expectativas das adolescentes e da qualidade da atuação dos profissionais de saúde.

E por último, surge uma síntese conclusiva, seguida de uma lista de anexos respetivos ao conteúdo apresentado, enriquecido com bibliografia útil, instrumentos de avaliação, formulários técnicos e/ou outros, que foram considerados pertinentes e de interesse.

PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia adotada para o Projeto “Mães Adolescentes” é uma metodologia baseada no Planeamento em Saúde. Esta é cada vez mais empregue pela sua utilidade na identificação de problemas e necessidades, na contribuição para a resolução de um problema importante na área da Saúde e na satisfação dos objetivos da Instituição onde se irá desenvolver. Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1982, p.3) “o planeamento é um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica”. Nesta linha de pensamento e ainda de acordo com os mesmos autores, o planeamento:

“é um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões nas acções conducentes à transformação da realidade. Assente no diagnóstico da situação (incluindo a identificação dos seus factores causais e explicativos, a evolução temporal e a definição da tendência evolutiva), na inventariação dos recursos disponíveis (materiais, humanos, financeiros, tecnológicos), na fixação dos objectivos e determinação das respectivas prioridades, na formulação do tipo de acções a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas” (IMPERATORI e GIRALDES 1982, p.3).

No desenho e implementação do presente Projeto, torna-se imprescindível o planeamento porque à semelhança de qualquer outra intervenção em Saúde:

- Os recursos são escassos;
- É necessário intervir nas causas dos problemas;
- É preciso definir prioridades de intervenção;
- É necessário evitar intervenções isoladas pelo custo elevado que têm;
- As infraestruturas são caras;
- Há equipamentos de utilização polivalente (por exemplo o Centro de Saúde (CS) pode funcionar à noite como centro de convívio);
- Na competição com outras prioridades nacionais, só poderá haver êxito se os planos forem claramente concebidos e justificados;
- Os rápidos progressos da Medicina determinam a necessidade do planeamento e adaptação dos Serviços e sua integração na prestação de cuidados;
- O planeamento permite uma eficaz utilização das aptidões profissionais, do trabalho pluridisciplinar, da cada vez maior especialização profissional e da complexidade tecnológica crescente (IMPERATORI e GIRALDES 1982, p.3).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

O Projeto “Mães Adolescentes” obedece a uma hierarquia previamente estabelecida (Ilustração 1). Desta forma, e seguindo o esquema da ilustração é possível estabelecer o paralelo com a Saúde. Ou seja, englobado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, surge uma variedade de Programas de Saúde, sendo que cada um desses Programas pode ser implementado por meio de uma diversidade de Projetos.

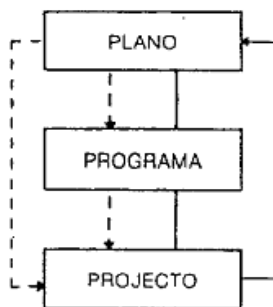


Ilustração 1 - Hierarquia do Processo de Planeamento (Adaptado de TAVARES 1990, p.39).

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2011) , prevê uma intervenção na promoção de um contexto favorável à Saúde, ao longo do Ciclo de Vida, visando a orientação dos Jovens para um Futuro Saudável, e sugerindo intervenções a nível da:

- Promoção das relações parentais;
- Estilos de vida saudáveis;
- Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência;
- Apoio à Saúde Mental;
- Relações saudáveis e planeamento familiar;
- Serviços de Saúde adequados ao adolescente.

Do Plano Nacional, surge uma variedade de Programas especificamente direcionados para os jovens adolescentes, entre outros destacam-se o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (abrangendo as áreas do Planeamento Familiar, Vigilância Pré-Natal, Interrupção Voluntária da Gravidez e Procriação Medicamente Assistida) e o Programa Nacional de Promoção de Saúde em Crianças e Jovens (que engloba a Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens). O Projeto “Mães Adolescentes” aparece ,com vista a dar resposta aos aspetos específicos dos seguintes Programas:

- Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação na “(...)promoção da auto-estima do adolescente e sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (...) prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido”, e uma vez trabalhando com mães

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

adolescentes “(...) apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar” (DGS 2005, p.8).

- Programa Nacional de Saúde dos Jovens no que diz respeito à “ (...) adequação dos modelos organizacionais às necessidades em saúde e a redução das iniquidades existentes” e no “(...) fomento e apoio de programas/projectos de promoção da saúde integral dos jovens” (DGS 2005, p.18).

O delinear do Projeto, tem com vista a intervenção num problema de saúde da população, obedecendo a um processo, composto por sete etapas (Ilustração 2), que numa sequência lógica, facilitam a sua estruturação e posterior implementação.

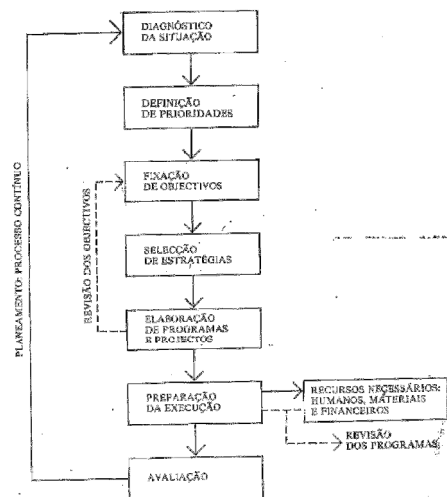


Ilustração 2 - Etapas do Planeamento em Saúde (Adaptado de TAVARES 1990, p.38).

De seguida, passam-se a especificar as várias etapas sequenciais do planeamento do Projeto “Mães Adolescentes”.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento do projeto, devendo o diagnóstico corresponder às necessidades da população abrangida pelo ACES VII, Amadora +. Sendo que a concordância entre o diagnóstico e as necessidades deverá determinar a pertinência do projeto. O processo de intervenção só deverá surgir depois de realizado o diagnóstico da situação, que irá justificar as atividades adoptadas (IMPERATORI e GIRALDES 1982).

Neste ponto, surgiu a necessidade “real” de intervenção sobre a faixa etária dos adolescentes, da população da Amadora, uma vez que foi constatado pelos profissionais de saúde que intervêm no Projeto “Estamos Presentes”, o elevado número de adolescentes grávidas referenciadas. Esta situação complementa-se com a necessidade “sentida” pelas escolas do Município, que procuraram a intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), devido ao elevado número de adolescentes grávidas ou com filhos, durante o ano lectivo de 2011-2012.

No diagnóstico desta situação, salienta-se a necessidade expressa e sentida de uma intervenção junto das adolescentes. Perante este aspeto, tornou-se evidente e necessária a colheita de informações que a justificasse, por forma a validar a real necessidade de intervenção da UCC. Quanto maior fosse essa coincidência entre as várias áreas, mais fiável seria o diagnóstico da situação assim como a intervenção dos profissionais de saúde (Ilustração 3).

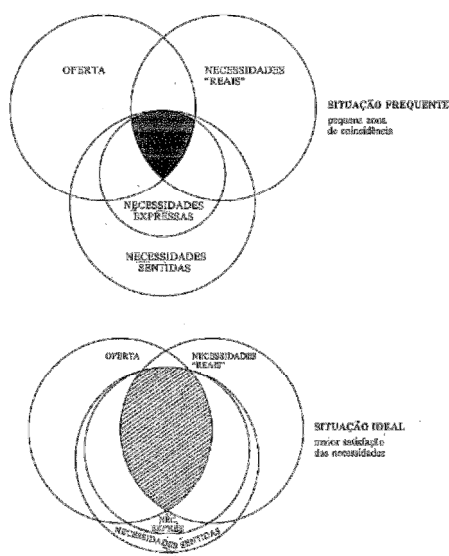


Ilustração 3 - Necessidades de Saúde (Adaptado de IMPERATORI e GIRALDES 1982, p.17).

Há que salientar que poderá existir divergência de opinião entre profissionais e população (determinadas pelas diferenças sociais/culturais de cada um), no que se refere à maternidade na adolescência. Tal situação, determina a forma como deve ser conduzido todo o processo de intervenção.

De seguida, procede-se a uma análise da situação da população, que permitiu a determinação das suas necessidades (identificação dos problemas) assim como dos fatores de risco. Esta foi possível através da colheita de informação específica, em relação a características da:

- População;
- Meio;
- Inventário dos recursos e sua distribuição (recursos da comunidade e Serviços de Saúde);
- Saúde da população;
(descrição do nível de saúde da população, estudo dos fatores condicionantes (susceptibilidade da população através da sua distribuição pela idade e sexo, a descrição do meio ambiente e as prestações dos Serviços de Saúde), explicação da situação (procura relacionar os fatores causais com o nível de saúde e o que indicará as possibilidades de mudança da situação), prognóstico (estudo da tendência e projeções dos problemas), e definição dos problemas de saúde (definição dos grandes problemas de saúde da população)).

1. POPULAÇÃO

A população alvo, do presente trabalho são as mães adolescentes. Desta forma, procurou-se fazer uma breve caracterização, relacionando-a sempre que possível, e de forma a contextualizá-la, com a área de abrangência do ACES VII, Amadora+

1.1. Características Gerais do Adolescente

Segundo BARBOSA que cita Friedman [et al.] (1992) existem três fases distintas na adolescência, no que concerne ao desenvolvimento psicossocial:

- A adolescência precoce: 10 aos 14 anos;
- A adolescência intermédia: dos 14 aos 17 anos;

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

- A adolescência tardia: dos 17 aos 20 anos.

Em 1993 a Comissão Nacional de Saúde Infantil adotou o esquema proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que distingue duas fases durante a adolescência:

- A primeira dos 10 aos 14 anos;
- A segunda dos 15 aos 19 anos.

Esta última definição revela-se mais simples e adequada às grandes diferenças num período tão longo, quanto heterogéneo.

De acordo com a ONU 1989, define-se criança *“como sendo todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”* (Parte I, artigo 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança). De acordo com esta visão, os adolescentes são englobados no conceito de “criança”, e como tal, são também eles detentores dos mesmos direitos e devem ser alvo de salvaguarda e de proteção.

A Lei de Bases da Saúde, em Agosto de 1990, veio dar relevo aos adolescentes, no âmbito da política de saúde, ao considerá-los como dos *“grupos sujeitos a maiores riscos”* para os quais devem ser tomadas *“medidas especiais”* (alínea a) do nº 1 da Base II).

A adolescência é uma etapa da vida humana caracterizada por profundas transformações físicas, psicológicas, pulsionais, afetivas, intelectuais e sociais, inseridas num contexto cultural. É uma fase de transição da infância para a vida adulta, muitas vezes associada a uma perceção negativa, de que *“já não é criança e ainda não é adulto”* (MONTEIRO e SANTOS 1998, p.189).

O início da adolescência, é marcado pela puberdade. Com mudanças físicas que se seguem a mudanças na maneira de pensar e de demonstrar afeto, na implementação de uma fase existencial e egocêntrica, marcada pela construção uma identidade própria (com a adoção de valores, orientação sexual, caminho profissional e integração social).

É comum designar-se esta fase com expressões do senso comum: *“idade do armário”, “idade da parvoíce”, “idade da caixa”, “já não és criança, tens idade para ser responsável”, “ainda não tens idade para saberes o que queres”*, que são usadas muitas vezes para caracterizar as inconstâncias e ambivalências de sentimentos e atitudes que marcam os jovens (de crescer e de regredir, de se sentir ainda criança e já adulto, de autonomia e de dependência, de ligação ao passado e de vontade de se projetar no futuro).

A adolescência é entendida de variadas maneiras, consoante o meio cultural em que o adolescente se insere. Diversas culturas compreendem ritos iniciáticos que legitimam a transição da criança para o mundo adulto. Segundo CLAES citado por MONTEIRO e SANTOS “a adolescência termina quando o indivíduo atinge a maturidade social e emocional e adquire a experiência, a habilidade e a vontade requeridas para assumir, de maneira consistente, o papel de um adulto, que é definido pela cultura em que vive” (1998, p. 192).

Aspetos fisiológicos

O conjunto de transformações físicas e biológicas que marcam o início da adolescência é designada por puberdade. Esta cessa com a maturação sexual ou alcance da capacidade de reprodução.

Existe uma diferença, em média de dois anos, na chegada à puberdade, entre as raparigas e os rapazes. O crescimento físico, influenciado pelo sistema neuro-endócrino, ocorre essencialmente nos cinco anos após o seu início (MONTEIRO e SANTOS, 1998).

Aspetos afetivos

As transformações corporais conduzem o jovem a voltar-se para si próprio, para entender-se enquanto pessoa. Encontra nos pares uma identificação, quanto aos sentimentos, transformações e vivências. Associadas às transformações físicas ocorre a necessidade de aceitação (auto-estima e auto-conceito) e de assumir uma imagem corporal sexualizada. Ocorre assim, a definição da sua identidade pessoal.

Os sentimentos de incompreensão, e a labilidade emocional poder-se-ão manifestar. Surge também com a adolescência uma necessidade de afirmação na procura de autonomia, onde os modelos de identificação deixam de ser os pais para serem outros jovens da mesma idade.

Atendendo à teoria psicosssexual de Freud, os adolescentes encontram-se na fase genital, orientando toda a sua energia para os impulsos sexuais devido à maturação orgânica e ao aumento das hormonas sexuais. Desta forma, compreende-se a procura de pertença a grupos de pares assim como uma necessidade de relacionamentos e afetividade (namoro) (MONTEIRO e SANTOS, 1998).

Aspetos intelectuais e sociomorais

Segundo Erikson, nesta etapa evolutiva, o adolescente, tem como objetivo, a aquisição de uma individualidade, de uma identidade e de um lugar próprio no mundo.

A adolescência é marcada pelo pensamento formal, levando ao questionamento do mundo, da sociedade e do futuro. O seu pensamento hipotético-dedutivo e abstração, ajuda-o na projeção de caminhos e na projeção de um futuro, decorrente de um questionamento constante e de argumentações intermináveis.

Nesta fase, surge o interesse pela discussão de problemas éticos e ideológicos, a partir dos quais constrói os próprios valores sociais.

1.2. Situação SocioDemográfica

Geograficamente o Município da Amadora encontra-se incluído na Área Metropolitana de Lisboa Norte (AMNL) e faz fronteira terrestre com os Municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras. É constituído por 11 freguesias (Ilustração 4): Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfornelos e São Brás.

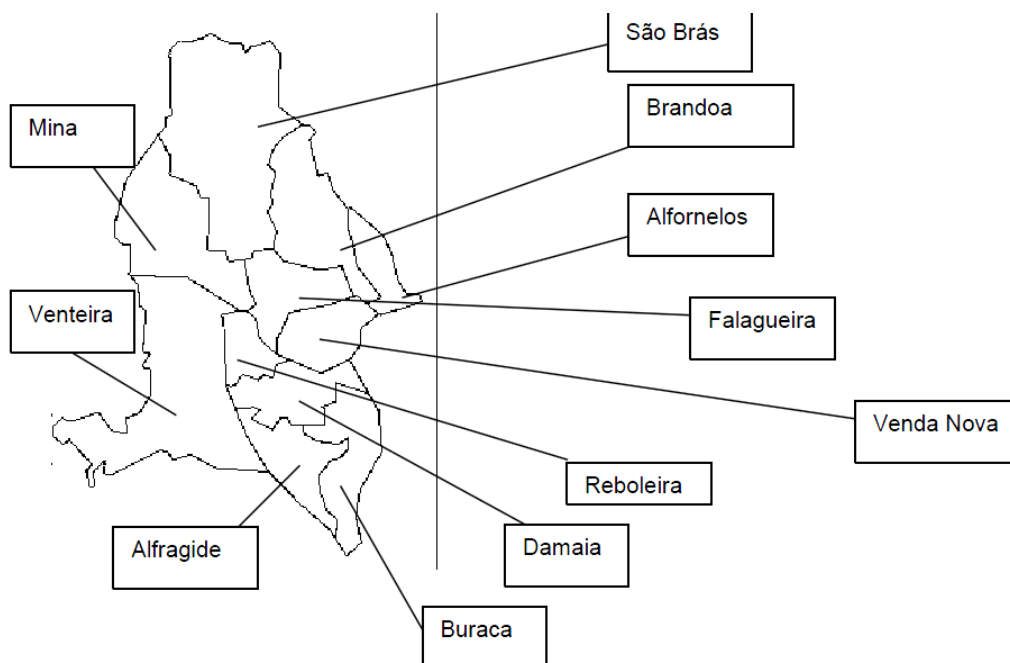


Ilustração 4 - Freguesias do Concelho da Amadora (Adaptado de PLANO ACÇÃO da UCC, Amadora+, 2009).

Em 2011, as freguesias com maior número de habitantes eram: São Brás, Damaia e Venteira com um aumento populacional em comparação com o ano de 2001, de respetivamente 15%, 12% e 11% (Gráfico 1).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

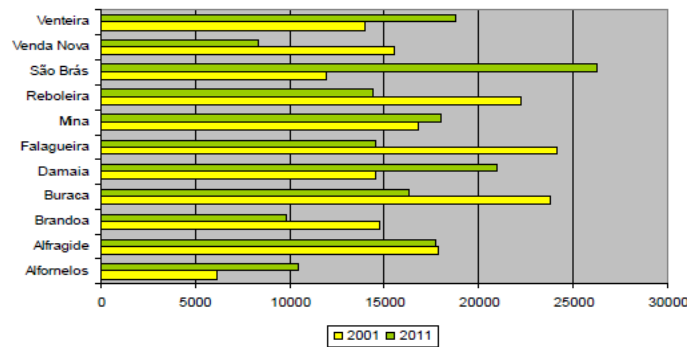


Gráfico 1 –Evolução da População Residente no Concelho por Freguesia (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original:INE, Recenseamento Populacional 2001 e 2011).

Em 2011, residiam no Concelho 169 475 pessoas, maioritariamente mulheres em idade ativa (52%), com idades compreendidas entre os 30 e 39 anos de idade (16%). Seguidamente encontram-se os indivíduos com 60 anos de idade (25%), o que atesta a tendência demográfica de envelhecimento populacional (Gráfico 2).

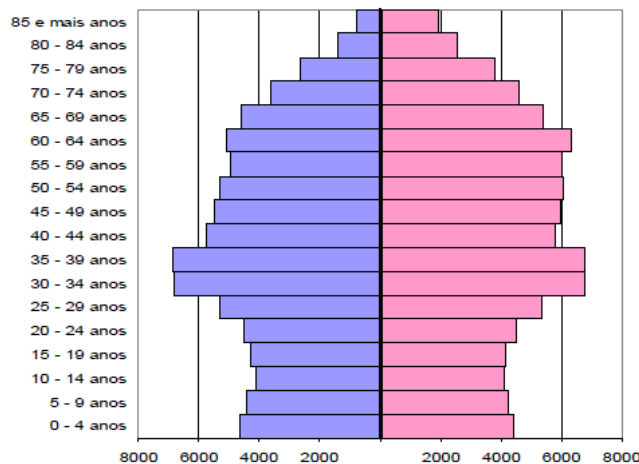


Gráfico 2 - Pirâmide Etária (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original:INE, 2010).

Ainda segundo a mesma fonte, em 2010 a população jovem representava 15% da população total, verificando-se uma redução comparativamente a 2001, essencialmente na faixa etária dos 20 aos 29 anos, consequência da saída para zonas habitacionais a preços mais acessíveis nos Conselhos periféricos (CLAS, 2011). Esta situação influencia a Taxa Bruta de Natalidade que segundo CLAS (2011) tem vindo a diminuir. Uma vez que em 2010 rondava os 11,6% comparativamente com 2009, que era de 10,8%. Foram avançadas várias explicações entre as quais: uma aposta crescente na escolarização local, que abrem recurso a um mercado de trabalho competitivo para as mulheres; a conjuntura económica; o uso de métodos contraceptivos; e a mudança na estrutura familiar, uma vez que grande parte da população jovem opta por não casar (a Taxa Bruta de Nupcialidade era de 4,5‰ em 2001, passando a 2,9‰ em 2009, segundo

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

dados do INE). Por outro lado, os casais casam cada vez mais tarde, aumentando a idade em que nasce o primeiro filho.

Os últimos números referentes ao número de imigrantes remetem-se ao ano de 2009, apresentando 19 799 imigrantes com estatuto legal de residentes, constituindo 12% da população total de residentes no Concelho da Amadora (CLAS, 2011). No que se refere aos países de origem, os últimos registos, recorrem a 2006 :

“No Concelho prevalecem imigrantes africanos (55%), nomeadamente oriundos dos PALOP (342/748 provenientes de Cabo Verde). Situação influenciada pelos laços históricos que unem África a Portugal e pela facilidade de expressão linguística, tal como acontece com os imigrantes brasileiros (96% dos imigrantes provenientes da América são de origem brasileira). A comunidade asiática (7%) também se encontra no concelho, embora em número menos significativo sendo de origem chinesa (44%) e indiana (30%), na sua maioria (INE, 2006)” (CLAS 2011, p.19).

É ainda salientado pelo CLAS, a vaga de imigração de cidadãos de países de Leste, mais especificamente da Roménia nos últimos dois anos.

Segundo o estudo realizado *“Health Behaviour in School-Aged Children”* (HBSC 2012), em 139 escolas portuguesas no ano de 2010, constatou-se que a maioria dos jovens (94,4%) eram de nacionalidade portuguesa, logo a seguir de origem de países PALOP's (1,4%), Brasileira (1,3%) e de origem Romena/Moldava/Ucraniana/Russa (0,8%). Estes dados vão de encontro aos dados da população geral da Amadora, que por sua vez, refletem a tendência geral da imigração em Portugal.

As barreiras culturais decorrentes destas vagas migratórias, implicam uma necessidade de intervenção adaptada aos diferentes e diversificados contextos culturais e étnicos, que emergem na população da Amadora.

De acordo com o Instituto de Emprego e de Formação Profissional, registou-se um aumento durante o ano de 2010 comparativamente com o de 2009, do número de desempregados inscritos no Centro de Emprego (CE), constituindo um aumento de 8% (comparativamente entre Dezembro de 2010 e 2009). Predominam os indivíduos do sexo masculino (52%) com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade (48%) (Gráfico 3). Aqueles que procuram o primeiro emprego destacam-se em maior percentagem (42%). Encontra-se ainda, uma relação de causa entre o desemprego e as habilitações literárias, uma vez que se destacava o número de inscritos no CE (24%), com habilitações correspondentes ao 1º Ciclo do Ensino Básico (CLAS, 2011).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

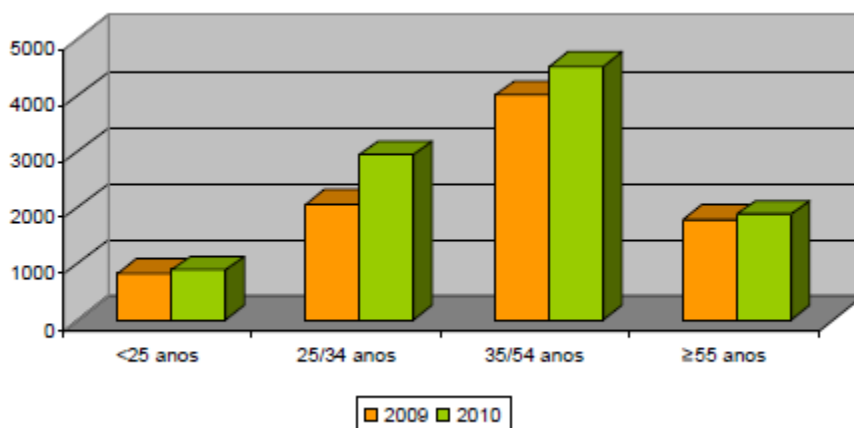


Gráfico 3 - Evolução do número de desempregados inscritos no CE, segundo grupo etário (Adaptado de CLAS 2011, com Fonte original:IEFP).

1.3. Comportamentos e Hábitos de Vida (a percepção dos adolescentes)

Atividade Física, Corpo e Alimentação

Segundo o “*Health Behaviour in School-Aged Children*” (HBSC, 2012), estudo associado à OMS, em crianças que frequentavam o 6º, 8º e 10º anos (Anexo1), constatou-se que a maioria dos jovens pratica atividade física três vezes ou mais por semana (48,2%), sendo esta prática mais frequente nos rapazes (53,9%) que nas raparigas.

O índice de massa corporal nos adolescentes é considerado normal (66,7%) em percentagem muito semelhante entre sexo masculino (64,3%) e feminino (68,8%). Salienta-se a perspectiva que têm do próprio corpo como sendo o ideal (49,1%).

No que diz respeito à alimentação a maioria (80,4%) refere tomar o pequeno-almoço todos os dias, consumindo fruta pelo menos uma vez por semana (50,7%).

Habitualmente dormem menos de 8 horas por dia (38,6%).

Bem Estar e Sintomas Físicos e Psicológicos

Os adolescentes referiram raramente ou nunca estarem nervosos (82,5%), ou raramente estarem irritados (86,4%) ou deprimidos (86,6%). Revelando uma elevada satisfação com a vida.

Comportamentos Sexuais

Dos adolescentes a frequentarem o 8º e 10º anos de escolaridade, 21,8% referiu já ter tido relações sexuais, tendo sido os rapazes os primeiros a iniciarem uma vida sexual (27,5%).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

A idade da primeira relação sexual ocorreu com 14 ou mais anos (81,8%). O preservativo foi o método contraceptivo de eleição nas suas relações sexuais (82,5%), seguido da utilização da pílula (37,5%). A utilização do preservativo deve-se essencialmente na perspectiva dos jovens, para a prevenção da gravidez (78,7%).

“Mais de metade dos adolescentes afirma que se sentiria à vontade para conversar com o par sobre o uso do preservativo e a convencer o par a usar preservativo, que se sentiria à vontade para recusar ter relações sexuais sem preservativo, se o par não quiser usar, assim como para recusar ter relações sexuais se não quiserem” (HBSC 2012, p.142).

Outro aspeto importante, é o facto de considerarem que

“(…) sobre a compra de preservativos, cerca de um terço dos adolescentes concorda que seria desconfortável comprar preservativos numa loja. Quase metade dos adolescentes discorda que seria desconfortável trazer preservativos com eles, bem como adquirir preservativos no centro de saúde. Também mais de metade dos adolescentes questionados discorda que trazer um preservativo consigo significa que está a planear ter relações sexuais” (HBSC 2012, p.144).

De salientar que *“quando questionados sobre a tomada de decisão nas relações sexuais, metade dos adolescentes afirma que quando os jovens têm relações sexuais decidem os dois quando acham que é a altura certa”* (HBSC 2012, p.140). A sua primeira experiência sexual ocorre por quererem experimentar (50,2%), ou porque estão muito apaixonados (47,1%).

A maioria, com 65,9% dos alunos já tinha tido contato com o tema da educação sexual, abordado na sala de aula.

No que concerne ao Vírus do Papiloma Humano (HPV) parece haver um desconhecimento geral das adolescentes quanto à existência da vacina assim como da sua proteção contra o cancro do colo do útero (HBSC, 2012).

Consumo de tabaco, álcool e drogas

No que diz respeito a experimentar tabaco, os adolescentes revelaram ter iniciado o seu consumo no 10º ano de escolaridade (47,9%). Raramente ou nunca consumiram bebidas alcoólicas (89,8%), referindo que quando consomem o fazem apenas uma vez por mês (7,1%). No mês do estudo, referem nunca ter consumido drogas ilícitas (93,9%) (HBSC, 2012).

Cyberbullying

Os adolescentes majoritariamente (84,1%) referem nunca ter sido vítima de provocação por meio de novas tecnologias, sendo que as situações detetadas quer de vítima e de provocador ocorrem mais frequentemente no 10º ano comparativamente ao 6º e 8º ano. Destacam-se essas situações mais no sexo masculino, quer como provocador (35,4%), quer como alvo da provocação (36,9%).

No que concerne à auto-agressão, os adolescentes negam alguma vez terem-se auto-agredido (84,4%), e que no caso de o terem empreendido ocorreu uma a três vezes (12,6%), majoritariamente nos braços (52,9%) (HBSC, 2012).

Relações interpessoais

De acordo com o HBSC (2012), são os rapazes mais novos que afirmam ter melhor relação com a família. Nas relações de amizade e grupos de pares, a maioria afirma ter pelo menos dois amigos, considerando grande facilidade em falar com os pares sobre os temas que os preocupam (85,7%). Os rapazes adolescentes sobressaíram com maior facilidade em fazer novos amigos, com uma partilha de cerca de dois ou mais dias em comum com os pares, 58,7% afirmou não sair à noite com os amigos, sendo mais frequente de acontecer em jovens do 10º ano.

Perceção da Escola

A maioria gosta de ir à escola (76,5%), no entanto, uma boa percentagem (40,8%) refere considerar que às vezes “é aborrecido”.

“Considerando a opinião que os jovens têm sobre os seus professores e a escola, a maioria considera que acontece muitas vezes estes tratarem-nos com justiça. Cerca de 41% afirma que é encorajado a expressar os seus pontos de vista na aula muitas vezes e cerca de 46% acrescenta que os professores se interessam por eles como pessoa muitas vezes. Quando se trata de ter ajuda quando precisam, mais de dois terços referem que isto acontece muitas vezes” (HBCS 2012, p.109).

Cerca de metade dos jovens vê a sua prestação na escola como no nível médio (47,8%). Referem nunca faltar às aulas (85%), mas habitualmente quando o fazem são rapazes (3,2%). A maior parte dos jovens considera que vai continuar os estudos universitários. Registe-se, ainda, que 13,4% revela incerteza em continuar os estudos.

2. MEIO

Com uma zona habitacional de edifícios envelhecidos do Concelho, nos últimos anos, tem-se verificado o nascimento de novas zonas populacionais, associadas à construção de novos empreendimentos, como sejam: Serra das Brancas, Casa de Vila Chã na Mina, Atalaia e Neudel na Damaia, as Casas do Lago na Venteira, o que permitiu a atração e fixação de população jovem residente (CLAS, 2011).

A Amadora, apresenta uma rede urbana com núcleos degradados. Ao longo dos anos têm sido construídos Bairros Sociais a fim de erradicar esses núcleos, no sentido da promoção de melhores condições habitacionais para a população residente. As zonas degradadas têm vindo a ser erradicadas através dos Programas Habitacionais associado ao Programa Especial de Realojamento (PER) e Programa de Apoio de AutoRealojamento (PAAR). Até Junho de 2011 foram abrangidos pelo PER 433 agregados familiares e pelo PAAR 459 agregados. Segundo o Plano de Acção de 2010 da UCC (2009, p.34), destacam-se quatro grandes bairros sociais: Bairro do Zambujal, Casal da Boba, Casal da Mira e Casal do Silva. Estes bairros apresentam características semelhantes, nomeadamente, elevado número de famílias disfuncionais e dependência de apoios sociais do estado e de instituições de solidariedade social. Outras características comuns que constam destes bairros, segundo o CLAS (2011, p.49), são:

- Baixas habilitações escolares e competências profissionais que dificultam a inserção no mercado de trabalho;
- Desemprego e baixos rendimentos, traduzidos em dificuldades sócio-económicas graves;
- Desocupação das crianças durante os períodos de férias escolares;
- Jovens desocupados sem projetos de vida, constituindo potenciais comportamentos de risco;
- Disfuncionalidade e desestruturação de algumas famílias que se podem traduzir em: conflitos familiares, violência doméstica, crianças em risco (sinalizadas pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens(CPCJ)) e indivíduos com problemas de alcoolismo e toxicoddependência;
- Famílias monoparentais em situação instável;
- Idosos e portadores de deficiência com dependência, sem apoio domiciliário;
- Problemas de saúde mental;
- Elevado número de indivíduos com percurso prisional;
- Atos de vandalismo;

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

- Sentimentos de insegurança manifestados pela população;
- Comportamentos desajustados relativamente às questões de higiene ambiental e ao respeito pelo outro;
- Dificuldades de adaptação ao realojamento em prédios e na partilha de responsabilidades na limpeza, conservação e manutenção dos espaços comuns, o que se traduz, muitas vezes, em problemas relacionais;
- Má utilização dos elevadores e utilização indevida dos espaços comuns do edifício;
- Quebra de laços ao nível das relações familiares e de vizinhança;
- Dificuldades na construção de novas sociabilidades no novo contexto.

3. INVENTÁRIO DOS RECURSOS E SUA DISTRIBUIÇÃO

3.1. Serviços de Saúde

Os Cuidados de Saúde Primários , prestados à população do Concelho da Amadora, são da competência do ACES VII (Agrupamento dos Centro de Saúde VII), que se divide em sete edifícios distintos (Ilustração 5).

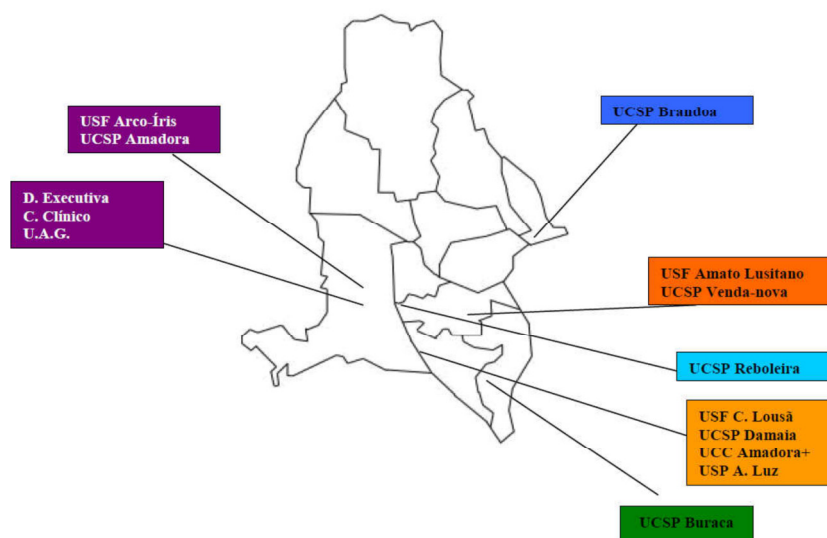


Ilustração 5 - Localização das Instalações do ACES VII (Adaptado de CLAS 2011).

O ACES VII – Amadora , é composto, tal como se pode visualizar na Ilustração 5, pela fusão de três Centros de Saúde: Centro de Saúde da Amadora, Reboleira (com a extensão da Buraca e da Damaiã) e Venda Nova (com a extensão da Brandoa), onde estão compreendidas unidades funcionais.

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

As unidades funcionais que se apresentam são:

“Unidade de Apoio à Gestão (secretariado, recursos humanos, aprovisionamento, contabilidade, tesouraria e informática);

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – prestam cuidados de saúde personalizados inscritos numa determinada área geográfica, fazendo parte desta unidade todos os profissionais médicos, enfermeiros, administrativos e utentes que não estejam integrados em USF’s;

Unidades de Saúde Familiares (USF) – pequenas unidades operativas com autonomia funcional e técnica, por norma, todos os utentes destas unidades têm médico de família atribuído;

Unidade Cuidados na Comunidade (UCC – Amadora+) – Responde às necessidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, com o apoio de uma equipa multidisciplinar;

Unidade de Saúde Pública – funciona como observatório do sistema de saúde para toda a área geográfica do ACES, composta por médicos e enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e Saúde Oral;

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - presta serviços de consultadoria e assistenciais, como por exemplo, assistentes sociais e psicólogos;

Gabinete do Cidadão – Pretende verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, informar sobre os seus direitos e deveres, efetuar o tratamento de observações, sugestões e reclamações e verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES;

Conselho da Comunidade – o ACES em articulação com os parceiros da comunidade pretende aumentar a ligação dos cuidados de saúde primários aos cidadãos” (CLAS 2011, p.28).

A nível da saúde dos cidadãos do ACES VII, segundo dados do Sistema de Informação das Administrações de Saúde (SIARS), citados por CLAS (2011), registaram-se 206 781 inscritos no ACES, dos quais se salientam com 58% aqueles que têm médico de família, contra os 42% que não tem. Sendo de salientar a proximidade entre os números registados.

Por outro lado, são três os equipamentos de Saúde, que servem a população do Município: Clínica da Luz, Clínica de Santo António e Hospital Fernando Fonseca (HFF) E.P.E. São ainda assegurados serviços ao nível da saúde por: Bombeiros Voluntários da Amadora; da Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia da Amadora (CLIMA); Associação de Socorros Médicos

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

“O Vigilante” e 40 Centros Médicos e de Enfermagem privados. É ainda de referir o atendimento da população toxicodependente, responsabilidade do Centro de Respostas Integradas (CRI) Lisboa Ocidental/ Equipa de Tratamento da Amadora, serviço pertencente ao Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) do Ministério da Saúde. Atualmente existem 41 farmácias no Concelho (CLAS 2011, p. 30).

3.2. Educação

No que diz respeito à Educação, o Município apostou na melhoria das suas estruturas educacionais, o que permitiu dar resposta às necessidades das famílias e jovens adolescentes.

Educação Pré-escolar	
Rede Pública	28
Rede Solidária	23
Particular	30
1º Ciclo do Ens. Básico	
Rede Pública	30
Particular/Cooperativo	18
2º e 3º Ciclo do Ens. Básico e Secundário	
Rede Pública	14
Particular/Cooperativo	5
Ens. E Formação Profissional	
Ens. Profissional	2
Centros de Formação	2
Ensino Superior	
Rede Pública	2

Fonte: DEDES/DIE, 2011

Tabela 1 - Oferta Educativa no Concelho da Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.34)

As creches são fundamentais na resposta às necessidades das famílias com crianças pequenas, dada a conjuntura atual da sociedade, onde ambos os pais trabalham, tornando-se imperativo a existência de infra-estruturas no Concelho que possam servir de suporte e de ajuda às famílias com filhos pequenos. Segundo CLAS (2011, p.35):

“Em 2009/2010 foram construídos 3 novos equipamentos de creche, o número de berçários para 30, constituindo um acréscimo de 7,7%. A Autarquia tem vindo a dotar uma política de intervenção social para que as famílias possam beneficiar de uma maior participação na despesa com a resposta de creche, assim, das 8 creches municipais, 5 passaram a ser geridas por IPSS (s), integrando a rede solidária, a saber: Brandoa/ABCD; Falagueira/SFRAA; Venteira/AFID; EB1/JI/Creche José

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

Garcês/CEBESA;EB1/JI/Creche Aprígio Gomes/ SCMA. A gestão pedagógica das Creches da Á-da-Beja, Reboleira e da Romã (Creche dos Filhos dos Funcionários Autárquicos), é assegurada pela Câmara Municipal. Estas 3 creches têm capacidade de resposta para 144 crianças. As mesmas constituem ainda, sempre que necessário, uma resposta a crianças residentes no concelho, sinalizadas e encaminhadas pela CPCJ.

A oferta da rede pública, no que respeita à resposta social de creche é complementada pelos regimes solidário, particular e/ou cooperativo, totalizando 38 creches no concelho, das quais 28 integram berçário. No ano letivo 2010/2011 as 96 salas ofereciam um enquadramento a 1371 crianças. A Taxa de Cobertura de Creche (rede solidária e autárquica) aumentou em 10% do ano letivo 2006/07 para o 2009/10, estando agora nos 24%.”

O Ensino Básico (1º, 2º e 3º Ciclos) encontra-se organizado por 12 agrupamentos. Com o 1º Ciclo do Ensino Básico existem 12 escolas e com o 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico existem 12 escolas, três das quais têm Ensino Secundário integrado. Existem por seu lado, três escolas do Ensino Secundário, autónomas.

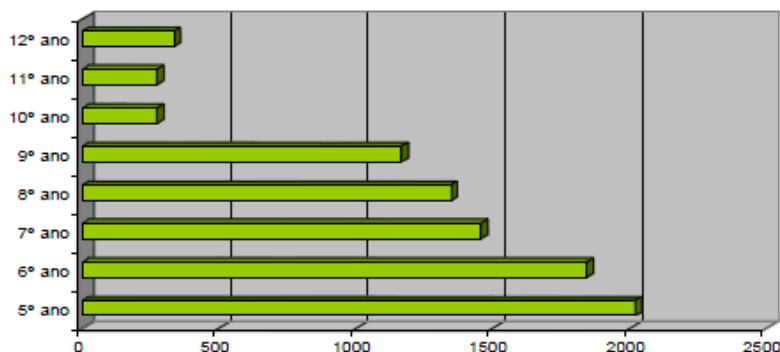


Gráfico 4 - Distribuição do número de alunos do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário por nível de escolaridade (Adaptado de CLAS 2011, p.37. Fonte original: DEDS/DIE 2010)

Através do Gráfico 4 é possível observar que o número de alunos que frequentam a escola, vai diminuindo à medida que aumenta o grau de escolaridade, o que é mais evidente no Ensino Secundário, onde a escolaridade não é obrigatória, verificando-se saídas antecipadas. Esta situação segundo CLAS (2011), poder-se-á dever à procura de alternativas ao ensino convencional, que responde, eventualmente, de forma mais completa à satisfação das expectativas educacionais dos jovens.

No que diz respeito ao ensino profissional, destacam-se estruturas que asseguram essa oferta educativa/formativa profissionalizante, nomeadamente:

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

- Escola Profissional Gustave Eiffel (na construção civil, informática, energias renováveis, animação sociocultural, entre outras, bem como cursos de educação para adultos. Estes últimos destinam-se a jovens em transição para a vida ativa, ou adultos que pretendem elevar as suas qualificações (Carta Educativa/Monitorização));
- Escola Intercultural das Profissões e do Desporto;
- Escolas públicas que contemplam percursos curriculares alternativos;
- Centro de Novas Oportunidades;
- Escola Superior de Teatro e Cinema;
- Destacamento da Academia Militar da Amadora.

3.3. Proteção Social

O Rendimento Social de Inserção (RSI) surge ao nível da Ação Social, com a finalidade de responder às situações de grave carência económica, no sentido, da promoção da organização socioeconómica e da integração laboral e social. Os últimos dados referentes ao RSI, remetem-se ao ano de 2010, altura em que se registaram no total 3 696 famílias beneficiárias de RSI. As freguesias que registaram maior número de beneficiários foram: Buraca (18%), Brandoa (13%), Falagueira (12%) e São Brás (12%), onde estão localizados bairros de realojamento: Bairro do Zambujal, Casal da Mira, Quinta da Lage e Casal da Boba. Esta situação é reflexo das suas carências socioeconómicas, associadas às poucas habilitações, empregos mal remunerados e desemprego (CLAS, 2011).

3.4. Crianças e Jovens em Risco

Para o presente Projeto, é de todo o interesse a apresentação dos dados das crianças e jovens em risco atendidas na CPCJ, uma vez que refletem uma necessidade prioritária de intervenção global e multiprofissional junto da criança e sua família. No ano de 2010 estiveram ativos 1 262 processos de promoção e proteção.

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

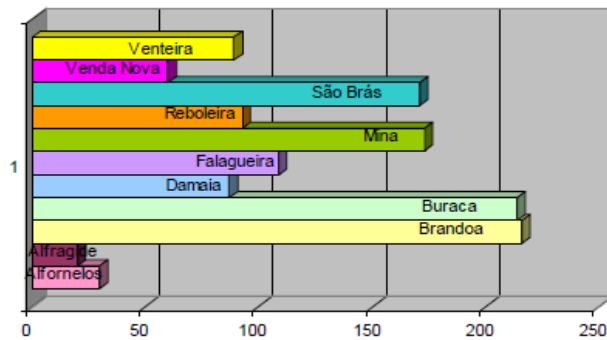


Gráfico 5 - Número de Processos de Crianças e Jovens em Risco, abertos de 2010 (Adaptado de CLAS 2011, p.69; Fonte original: CPCJ Amadora 2010).

É possível observar no Gráfico 5, que a maior incidência de casos se regista na Brandoa e Buraca, com 17% dos casos.

Predomina a referenciação de crianças do sexo masculino (54%), com idade entre os 13 e os 15 anos de idade (20%), sendo também significativa a percentagem de crianças com idades inferiores aos 5 anos (26%) e com baixo grau de escolaridade. Esta situação expressa a primordial importância de intervenção na prevenção de situações promotoras de maus-tratos nos jovens.

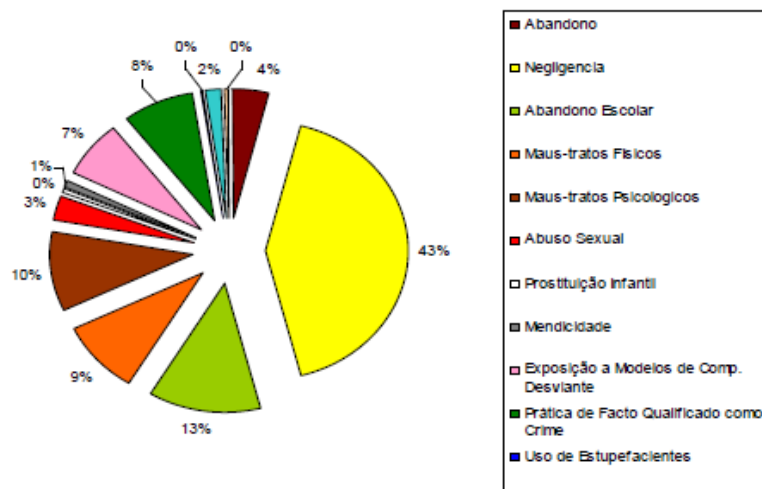


Gráfico 6 - Motivo de Intervenção nos casos de crianças referenciadas à CPCJ Amadora (Adaptado de CLAS 2011, p.71; Fonte original: CPCJ Amadora).

As situações de negligência (43%), abandono escolar (13%), maus tratos psicológicos/abuso emocional (10%), são os que se salientam (Gráfico 6).

Das intervenções levadas a cabo, pelos profissionais, destacam-se o “Apoio junto dos pais” (em 81% dos casos), seguidas de “Apoio junto de outra família” (9%) e “Acolhimento Institucional”(7%).

No Concelho da Amadora, existem três tipos de resposta, possíveis a crianças e jovens em perigo, entre as quais: Centro de Acolhimento Temporário, Lar de Crianças e Jovens e Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental. O acesso a esses tipos de resposta são determinados pela CPCJ.

3.5. Outros Serviços de Apoio a Jovens

O apoio e acompanhamento a mães adolescentes, é feito no CAV – Centro de Apoio à Vida e na Residência Temporária para Mães Adolescentes, que tem capacidade de resposta para dez mães adolescentes.

4. SAÚDE DA POPULAÇÃO

Como foi anteriormente referido, a adolescência caracteriza-se entre outros fatores, pela descoberta da sexualidade, com eventual ocorrência de gravidez precoce nestas idades. Para entender melhor este fenómeno são apresentados dados no que diz respeito à reprodução em idades jovens, salientado aquelas que são associadas à gravidez nos adolescentes portugueses. De acordo, com os últimos dados da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (DGS, 2005), entre os anos de 1960 e 2003, verificou-se na faixa etária dos 15-19 anos de idade, uma progressão decrescente da Taxa de fecundidade, que se esbate mantendo-se estável a partir de 1996 (Ilustração 6).

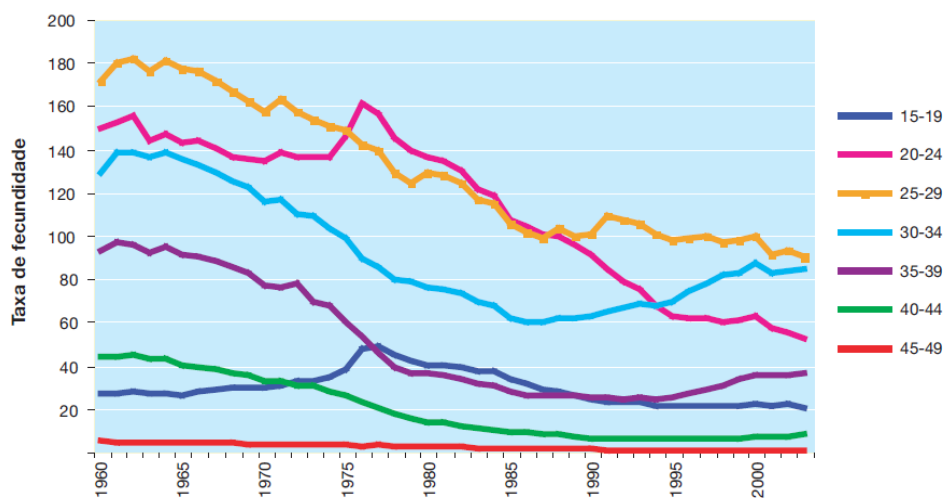


Ilustração 6 - Taxa de fecundidade por idade materna, de 1960 a 2003 (Adaptado de DGS 2005, p.12. Fonte Original: INE).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

No que diz respeito ao número de nascimentos em idades compreendidas entre os 15-19 anos, verificou-se uma evolução decrescente de 1985 para 2003 (Ilustração 7).

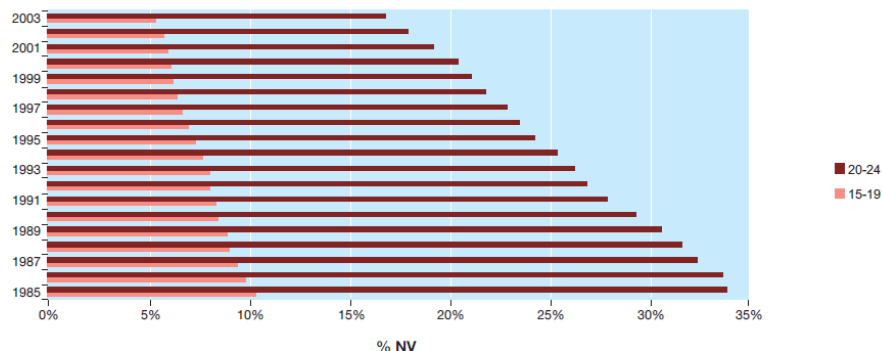


Ilustração 7 - Nascimentos em mães dos 15-24 anos de idade, de 1985 a 2003 (Adaptado de DGS 2005, p.12. Fonte original: INE).

Em relação ao número de nascimentos em idades inferiores a 15 anos, não se constatou uma tendência definida, sofrendo maiores ou menores oscilações ao longo dos anos (Ilustração 8).

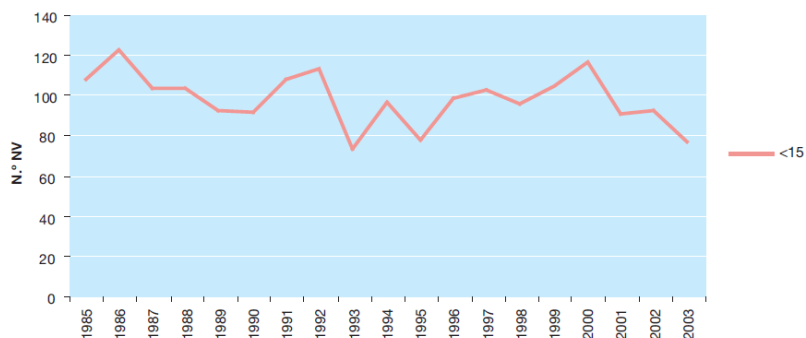


Ilustração 8 - Nascimentos em mães com idade inferior a 15 anos, de 1985 a 2003 (Adaptado de DGS 2005, p.13. Fonte original: INE).

Muito semelhante aos dados, relativos à maternidade, encontram-se tendências muito semelhantes nos números relacionados com a paternidade. Nomeadamente no decréscimo da taxa de fecundidade entre os 15-19 anos de idade (Ilustração 9).

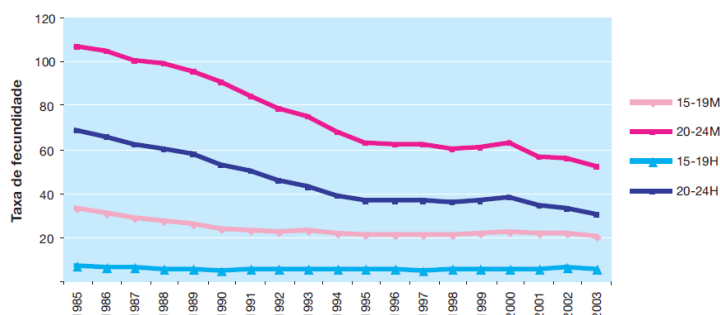


Ilustração 9 - Taxa de fecundidade feminina e masculina, de 1985 a 2003 (Adaptado de DGS 2005, p.14. Fonte original: INE).

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

Verificou-se ainda, uma descida tendencial geral no número de nascimentos em pais dos 15-19 anos, não se verificando uma constância nesses valores (Ilustração 10).

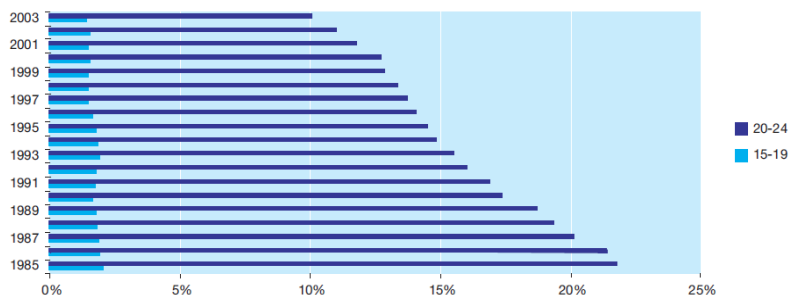


Ilustração 10 - Padrão de evolução dos nascimentos em pais dos 15-24 anos de idade, de 1985 a 2003. Fonte original: INE).

No que diz respeito às idades em que os jovens, foram pais., segundo a mesma fonte, verificou-se que em quase três quartos dos nascimentos em pais dos 15-19 anos, também as mães se encontravam no mesmo grupo etário (DGS, 2005). Constatou-se ainda que as mães detinham, em média, um grau de escolaridade superior à dos pais da mesma faixa etária, sendo que a condição de “trabalhador/a” era mais frequente no sexo masculino.

Particularizando para o Concelho da Amadora, verificou-se que a Taxa de Natalidade do Concelho “*tem permanecido baixa embora tenha sofrido um ligeiro aumento no ano de 2008 voltando a diminuir em 2009 para 10.8 nascimentos por 1 000 habitantes*” (CLAS 2011, p.32). Trata-se desta forma, de um Concelho onde a Taxa de Natalidade tem vindo a diminuir com conseqüente envelhecimento da população. A Taxa de Natalidade assumiu um valor superior à Taxa de Mortalidade, verificando-se um crescimento populacional positivo.

Importa destacar que da população do Projeto “Estamos Presentes”, as adolescentes referenciadas enquanto estando grávidas ou mães de recém-nascidos (RN) constituíram 10% (12 adolescentes) da população total referenciada para o mesmo Projeto, no período de tempo compreendido entre o ano de 2010 e Maio de 2012. (Anexoll). Os 18 anos era média das idades das grávidas/mães adolescentes. Em relação à nacionalidade das adolescentes destacam-se as de naturalidade portuguesa (75%), contra 16% de origem Romena. Constata-se, desta forma, o que já havia sido observado anteriormente nos adolescentes que frequentam a escola, em que a maioria (94,4%) era de origem portuguesa (HBSC, 2012). O CS da Venda Nova foi aquele que referenciou mais casos (cinco adolescentes).

Dos fatores de risco ou vulnerabilidade detetados nesta população (por contabilização dos vários fatores de risco/vulnerabilidade avaliadas no formulário de referência ao Projeto “Estamos Presentes” (Anexolll), destacaram-se a:

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

- situação socio-económica precária/desemprego (83%);
- contraceção inadequada (75%);
- gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (59%);
- desenraizamento cultural/social (33%);
- pais cuidadores apresentam dificuldades de compreensão (25%);
- dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (16,6%);
- más condições habitacionais (16,7%);
- ausência de redes parentais e de apoio (8,3%);
- contextos de violência familiar/doméstica (8,3%);
- contextos de crise (divórcio, separação, morte) (8,3%).

O facto de esta população específica apresentar um grau de risco médio de 7 valores perante o grau médio de risco inferior ao da população geral (que foi de 3 valores), justifica a intervenção dos profissionais de saúde, neste grupo etário. É de salientar, que sendo as grávidas adolescentes um grupo considerado como de risco *a priori*, estas são pelo mesmo motivo acompanhadas na consulta de gravidez de risco, no HFF, o que justificará, a ausência de referenciação de maior número de adolescentes ao Projeto “Estamos Presentes”.

Em suma, após a apresentação dos dados anteriormente referidos, é possível deduzir que a gravidez na adolescência é uma situação problemática que justifica uma intervenção, pelos profissionais de saúde, da UCC, mais concretamente pelos profissionais relacionados com o “Estamos Presentes”. Atualmente a ser trabalhada a área da prevenção da gravidez, pela equipa de Enfermagem, no âmbito da Saúde Escolar, considera-se imprescindível adotar um Projeto que vise a intervenção e orientação das mães/pais adolescentes, na intervenção sobre os fatores de risco, no desenvolvimento de uma parentalidade precoce adequada, na aposta no planeamento familiar e na promoção de um Projeto de Vida para as jovens.

DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Esta segunda fase caracteriza-se pela definição das prioridades, que por sua vez é determinada a partir do diagnóstico realizado. Trata-se de

“(...) um processo de tomada de decisão, visando o planeamento, a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projecto, torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar” (TAVARES 1990, p.83).

Pelo que foi anteriormente descrito, a gravidez na adolescência é uma situação que exige a atenção dos profissionais de saúde, não só na prevenção como também no apoio e orientação para uma maternidade/paternidade precoce.

Esta situação constitui um fator de risco pelo facto dos jovens, para além das tarefas de desenvolvimento habituais dos adolescentes, se verem confrontados prematuramente com o papel paternal e maternal e saída prematura do papel educacional. Surgem novas tarefas de desenvolvimento associadas à gravidez: *“(...)desenvolvimento de laços emocionais com o feto durante o primeiro trimestre, diferenciação entre a própria e o feto durante o terceiro trimestre, aceitação e determinação da relação com a mãe da mulher grávida, resolução de problemas de dependência em relação à mãe, e parceiro (se presente)(...)” (STANHOPE e LANCASTER 1999, p.506).*

Se a adolescente decide ficar com o filho e permanecer no seu núcleo familiar original, ocorre uma mudança inevitável na estrutura dos papéis já existentes e desempenhados por cada membro da família, com necessidade de encontrar recursos que dêem resposta às novas necessidades (STANHOPE e STANHOPE, 1999).

São poucas as adolescentes que estão preparadas para cuidar de uma criança 24 horas por dia. Podem ainda surgir expectativas irrealistas em relação ao desenvolvimento dos seus filhos (como, por exemplo, esperar que os filhos comam sozinho muito cedo). Às mães jovens faltam, muitas vezes, os conhecimentos relacionados com o crescimento e desenvolvimento de uma criança, reflexo de uma comunicação verbal limitada e fraco contato ocular com o filho/a. A imaturidade dos pais, também eles ainda crianças, é comprometedora de uma vinculação adequada com a nova criança, e com a identificação das suas necessidades físicas e emocionais. Outra situação que pode surgir é a de os adolescentes permanecerem identificados

com os seus grupos de pares e ignorarem os papéis parentais adultos, com conseqüente negligência dos cuidados ao filho/a (STANHOPE e STANHOPE, 1999).

Toda esta situação é geradora de stress. A realização com sucesso, das novas tarefas, é imprescindível para uma boa adaptação ao papel de mãe/pai e para um ambiente saudável ao desenvolvimento da criança.

A percentagem significativa de adolescentes grávidas ou com recém-nascidos com um grau de risco elevado, apresenta-se como fundamentadora da necessidade de intervenção nessa população. O facto de ter sido identificado elevado risco, serve de base para uma avaliação e intervenção na promoção dos fatores protetores nestas jovens.

Certos fatores de risco que foram identificados, são referentes a contexto social e cultural, decorrente do ambiente em que as adolescentes vivem, nomeadamente situação socio-económica precária/desemprego (83%), o desenraizamento cultural/social (33%) e más condições habitacionais (16,7%). Estes fatores são de complexa intervenção e não estão diretamente dependentes da intervenção dos profissionais de saúde. Desta forma, opta-se pela atuação possível nos restantes fatores major identificados, como sejam, a contraceção inadequada (75%), a gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (59%), pais cuidadores apresentam dificuldades de compreensão (25%), dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (16,6%) e ausência de redes parentais e de apoio (8,3%).

Contraceção inadequada

A uma contraceção inadequada está, na maioria das vezes, associada uma gravidez não planeada, por vezes não aceite/mal vigiada/não vigiada. Esta situação poderá conduzir a um compromisso na qualidade da vinculação mãe/filho e sentimento de rejeição da criança. O fato de já existir uma gravidez não planeada, por uso de métodos contraceptivos de forma inadequada, poderá ser preditor de nova gravidez também ela não planeada. Associada a esta situação poderá estar o sentimento de gravidez não desejada e conseqüentemente, forte possibilidade de negligência nos cuidados à mesma.

No que diz diretamente respeito aos adolescentes, salienta-se o facto de ainda alimentarem muitos mitos que contribuem para o fraco uso de métodos contraceptivos, nomeadamente, acreditar que não se fica grávida na primeira relação sexual. A fraca adesão ao uso destes métodos poderá dever-se à sua falta de conforto em discutir abertamente a prática sexual com os parceiros, os amigos, os pais ou profissionais de

saúde, assim como à existência de escassos Serviços de Saúde especializados e direcionados para o atendimento do adolescente.

Quanto mais cedo for a idade de início da atividade sexual, mais frequente será a ausência ou déficit de uso de contraceção, uma vez que os que são mais novos detêm menor nível de conhecimentos e competências para lidar com a sexualidade e com o planeamento familiar.

Os efeitos secundários dos contraceptivos podem desmotivar o seu uso nas camadas mais jovens.

O consumo e experimentação de bebidas alcoólicas é outro fator que poderá conduzir a alterações de consciência, com contributo para a ocorrência de comportamentos de risco, nomeadamente a ausência de contraceção nas relações sexuais.

Os Serviços de Saúde podem fornecer meios para o atendimento aos adolescentes, no entanto, o acesso a estes serviços fica comprometido uma vez que implica por parte dos jovens, problemas associados aos transportes, faltas escolares e outros custos (STANHOPE e STANHOPE, 1999).

Gravidez não aceite/mal vigiada /não vigiada

De acordo com STANHOPE e LANCASTER (1999) metade das adolescentes grávidas adiam o início dos cuidados pré-natais para depois do primeiro trimestre, esta situação poderá dever-se ao custo associado aos cuidados, por exemplo o transporte, as faltas às aulas, entre outros. A negação da gravidez, o receio de contar aos pais e o facto de não gostarem da atitude dos profissionais de saúde para com as adolescentes grávidas, são também fatores que as fazem adiar a procura de cuidados.

Esta situação quando prolongada, é considerada um tipo de mau-trato: mau-trato pré-natal. Que é definido como aquele em que a *“mãe gestante tem comportamentos de risco, negligência, abandono de cuidados físicos, entre outros, que influenciam negativamente a sua saúde e interferem no desenvolvimento adequado do feto”* (CPCJ 2010, p.28). As consequências deste tipo de situação é, na sua maioria, evidenciado tardiamente quando o RN apresenta alterações no seu desenvolvimento (como atraso no crescimento, alterações neurológicas, etc.), resultante da falta de cuidados da mãe durante a gravidez.

Pais/Cuidadores apresentam dificuldades de compreensão

A dificuldade de compreensão por parte dos pais/cuidadores, pode advir de duas circunstâncias, uma relacionada com défice cognitivo pessoal, ou por dificuldade de compreensão da língua portuguesa (por serem de um outro país de origem). Esta situação é causadora de risco, pelo simples facto de, independentemente das suas capacidades cognitivas, a incapacidade de se expressar na língua portuguesa e consequentemente ser incapaz de comunicar as suas necessidades, não lhe permite uma mobilização dos recursos da comunidade de que necessita, para satisfazer as diferentes necessidades dos filhos (educação, saúde, etc.). Por outro lado o baixo nível intelectual, dificulta a adaptação às diferentes necessidades da criança, de acordo com o seu desenvolvimento (CPCJ, 2010).

Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (vigilância)

A dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas pode advir de vários fatores, nomeadamente, incompreensão da língua portuguesa, défice cognitivo, experiências anteriores negativas com os Serviços de Saúde e intervenções de saúde vividos pelos próprios ou por filhos mais velhos. Esta situação poderá colocar em causa a saúde da criança, nomeadamente por não ser monitorizado o seu desenvolvimento (com deteção precoce de sinais e sintomas de alerta) ou por lacunas na vacinação.

É necessário compreender esta situação por forma a envolver os pais nos cuidados de seguimento e vigilância de saúde do seu filho.

Ausência de redes parentais e de apoio

A ausência de redes parentais e de apoio causam insegurança e são uma fonte importante de stress uma vez que a família ao carecer de recursos e de apoio para lidar com situações diversas, poderá recorrer à violência como resposta (CPCJ, 2010).

Importa assim, ter em conta os fatores de risco identificados na população de mães adolescentes, de forma a haver uma intervenção fundamentada e justificada dos profissionais de saúde, nas áreas específicas anteriormente identificadas. Esta atuação visa assim a promoção de fatores protetores em detrimento dos fatores de risco (Tabela 2).

De acordo com STANHOPE e LANCASTER (1999, p.736), *“os adolescentes mais jovens estão particularmente em risco de ser incapazes de compreender o que a sua criança necessita e esta frustração é muitas vezes manifestada através de maus tratos para com a criança”*. Este risco

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

pode ser prevenido, através da intervenção da equipa de saúde, que poderá iniciar a educação para a parentalidade o mais precocemente possível, estimulando as competências parentais e a confiança da adolescente no seu papel de mãe.

FATORES DE RISCO		FATORES DE PROTEÇÃO
CRIANÇA	<p>Prematuros, com baixo peso e temperamento difícil; Défice físico ou psíquico; Doenças neurológicas congénitas ou adquiridas; Problemas de saúde crónicos ou atrasos de desenvolvimento; Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentira, absentismo escolar, ...); Não satisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, atrativo físico).</p>	<p>Boa auto-estima; Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios; Capacidade de pedir ajuda; Forte vinculação com um dos progenitores; Relação afetiva securizante com adulto significativo; Competências adaptativas (resiliência); Estado geral saudável; Capacidade de empatia e de pro-atividade; Boas capacidades cognitivas;</p>
FAMÍLIA	<p>Desestruturação familiar; Elevado número de filhos; Pais adolescentes; Conflitos conjugais; Violência doméstica; Expectativas irrealistas relativamente ao comportamento e capacidade dos filhos; Desconhecimento das necessidades infantis; Autoridade parental ausente ou demasiado permissiva ou punitiva; Ausência de comunicação pais-filhos; Ausência de interação compensatória pais – filhos; Vinculação insegura; Problemas de comunicação; Défice do exercício das responsabilidades parentais; Elemento da família com vulnerabilidades particulares (toxicodependências, desemprego, doença mental, deficiência ou doença crónica, alcoolismo, exclusão social, precaridade laboral, etc); Antecedentes de vivência pessoal de maus- tratos; Monoparentalidade.</p>	<p>Vinculação segura com a criança; Relação afetiva securizante da parte dos pais/cuidadores com um adulto significativo; Exercício efetivo das responsabilidades parentais; Estilos parentais adequados às necessidades da criança; Expectativas adequadas ao desenvolvimento e necessidades dos filhos; Interações positivas pais –filhos; Suporte conjugal; Capacidade de resolução dos problemas familiares; Disponibilidade emocional; Comunicação e expressão de afectos presente entre pais e filhos; Estabilidade económica; Saúde e bem estar; História familiar sem violência ou maus –tratos; Presença de suporte familiar e social.</p>
CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL	<p>Aceitação de violência como forma de disputa interpessoal; Exaltação mediática da violência; Tolerância social para a educação através da punição física; Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar; Definição do mau-trato como práticas tidas como aceitáveis pela cultura de pertença de crianças e adulto.</p>	<p>Meio escolar integrador; Apoio social disponível; Grupos formais e informais de pares; Recursos adequados na comunidade; Comunidade com recursos de educação, saúde; Ocupação de tempos livres, etc.</p>

Tabela 2 - Fatores de risco e fatores de proteção (Adaptado de CPCJ 2010, p.32).

FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Esta constitui a terceira etapa do planeamento, onde já se conhece o âmbito do projeto a desenvolver. Há necessidade de elaborar objetivos que respondam aos resultados que se pretendem para a população das mães adolescentes.

De acordo com TAVARES (1990), na formulação dos objetivos, estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, adequando-se de forma exata às situações que suscitaram a intervenção, por forma a serem alcançados, e com possibilidade de posterior avaliação da sua aplicabilidade.

Desta forma, e para o presente Projeto, delinear-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Promover mecanismos de reforço dos fatores de proteção, em situações de risco, nomeadamente na maternidade precoce, na população de mães adolescentes abrangidas pelo ACES VII, Amadora +.

Objetivos Específicos

1. Identificar a população de grávidas/mães adolescentes, abrangidas pelo ACES VII, Amadora +.
2. Implementar plano de intervenção sistematizada às mães adolescentes que vise o desenvolvimento de fatores de proteção, da mãe/criança, no sentido do desenvolvimento de competências parentais adequadas.
3. Promover a construção de um Projeto de Vida nas mães adolescentes.

PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Todo o Projeto tem necessariamente de passar por uma fase de preparação para posterior implementação. Neste ponto, é necessária a elaboração de um cronograma de execução, por forma a permitir uma adequada estruturação do seu planeamento, para sua posterior concretização (Tabela 3). Com o seu início em Maio de 2012, compreende uma primeira fase de planeamento que abrange o mês de Maio a Agosto, com posterior execução e avaliação a partir de Setembro de 2012 até ao final de Dezembro de 2012.

	MESES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
PLANEAMENTO	█								
IMPLEMENTAÇÃO					█				
AVALIAÇÃO					█				

Tabela 3 - Cronograma das fases do Projeto "Mães Adolescentes".

O Projeto, é da responsabilidade do grupo de profissionais de saúde que atuam no Projeto “Estamos Presentes”, e que esteve na base de desenvolvimento do presente trabalho. Esta equipa é atualmente composta por duas Enfermeiras (Sra. Enf^a. Maria João Ivo e Sra. Enf^a. Alexandra Neves), uma Assistente Social (Sra. Doutora Manuela Repas) e uma Psicóloga (Sra. Doutora Patrícia Granja). Cada um destes profissionais intervirá dentro da sua área de competência, contribuindo para uma intervenção conjunta da promoção de uma parentalidade precoce saudável.

O grupo alvo da intervenção, pretende-se que sejam mães adolescentes anteriormente identificadas e sinalizadas pelos Serviços de Saúde à UCC, Amadora+, nomeadamente ao Projeto “Estamos Presentes”, Saúde Escolar, ou outros.

Foram delineadas quatro reuniões (uma por semana) destinadas à população alvo, com o seu início em Setembro de 2012. Estas reuniões são divididas consoante as temáticas apresentadas:

- Mãe e agora? (Anexo IV)
- Relações e Contraceção (Anexo V)
- Massagem Infantil

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

- Agora e no Futuro (Anexo VI)

Na primeira, far-se-á uma abordagem geral ao desenvolvimento e cuidados ao bebé, problemas mais comuns, e vigilância de saúde. Através de uma abordagem com recurso a data show e visionamento de pequenos excertos de filme, pretende de uma forma participativa sensibilizar as mães para o cuidar do bebé.

Na segunda, utilizando o mesmo tipo de estratégia interativa, é feita uma abordagem aos relacionamentos e exemplificação de métodos contraceptivos, pretendendo-se partir dos conhecimentos da adolescente, para posterior clarificação de conceitos pré-definidos.

A massagem do bebé ocorrerá por intermédio da realização de demonstração da massagem do bebé. As mães adolescentes poderão realizar com o filho/a *in loco*, a massagem demonstrada pela Sra. Enfermeira com Curso de Massagem Infantil. Este é um momento que pertence:

- avaliar a qualidade da vinculação mãe/filho;
- promover a vinculação mãe/filho;
- meio de aproximação entre profissionais/mães adolescentes;
- promover espaço para o levantamento de dúvidas.

Subordinado ao tema “Agora e no Futuro”, estará a ação de educação , que englobará aspetos relacionados com a proteção da maternidade/paternidade; recursos comunitários que podem ser usados pelas jovens, no delinear de um Projeto de Vida.

As reuniões serão da responsabilidade dividida pela equipa de profissionais de saúde (Tabela 4).

AÇÕES DE FORMAÇÃO	PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
Mãe e Agora?	Enfermeiras
Relações e Contraceção	Enfermeira e Psicóloga
Massagem Infantil	Enfermeira e Psicóloga
Agora e no Futuro	Enfermeira e Assistente Social

Tabela 4 - Distribuição das ações de formação pelos profissionais de saúde responsáveis por as implementar.

PROJETO “MÃES ADOLESCENTES”

Estas reuniões não deverão exceder as duas horas, pretendendo-se não só a apresentação de conteúdos teóricos, como a criação de espaço/tempo para participação ativa das utentes.

De salientar que a abordagem deve ser promotora de partilha de ideias e deve estar adequada à faixa etária das participantes. O grupo de participantes não deverá exceder as quatro ou cinco pessoas, uma vez que se pretende a criação de um ambiente mais acolhedor e promotor da interação entre as participantes e entre participantes/profissionais de saúde. A disposição das cadeiras deve ser feita, pelo mesmo motivo em semi-círculo, possibilitando a que todos os intervenientes possam ter fácil visionamento do data show, como conseguirem ver-se entre si.

O local das reuniões, será em sala com materiais próprios para o efeito, disponível na UCC, Amadora +.

A divulgação do Projeto deverá ser feito por meio da entrega de panfleto de apresentação do Projeto “Mães Adolescentes” (Anexo VII), para posterior divulgação, a profissionais de saúde e utentes, nos seguintes Serviços:

- ACES VII, Amadora +, nomeadamente consulta de gravidez, planeamento familiar e saúde infantil;
- HFF, concretamente nas consultas de gravidez de alto risco (onde são seguidas as grávidas adolescentes) e Serviços de Pediatria;
- UCC, Amadora+.

Posteriormente deverão ser contactadas telefonicamente as mães adolescentes, identificadas pelos Serviços de Saúde ou que tenham entrado em contato com a própria UCC, no sentido de verificar interesse e adesão ao Projeto. Neste contato, são informadas as datas de realização das reuniões e poderão ser colhidas algumas informações extra, nomeadamente a idade da criança, ou outras igualmente pertinentes.

AVALIAÇÃO

Este passo é *“uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores”* (TAVARES 1990, p.205).

A avaliação do Projeto, “Mães Adolescentes”, vai sendo feita informalmente através da percepção dos profissionais de saúde, relacionadas com o decorrer da sua implementação. Deverão ser feitas reuniões, entre os elementos da equipa de saúde, por forma a promover a partilha e discussão das ações realizadas, e a fim de adequar a cada grupo de mães adolescentes e/ou corrigir os erros detetados.

Por outro lado, ocorre uma avaliação formal e escrita das ações de educação, por meio do preenchimento de ficha própria, pelas jovens mães, desenhada para esse efeito (Anexo VIII). No final, pretende-se não só dar resposta aos objetivos delineados para o Projeto, como também adaptá-lo às necessidades e expectativas das utentes. A avaliação permite uma melhoria constante na atuação e adequação dos conteúdos programados permitindo uma melhoria na qualidade e efetividade do Projeto.

CONCLUSÃO

O presente trabalho, surge em sequência da necessidade identificada de intervenção num grupo prioritário, que são as adolescentes. A aposta primária na prevenção da gravidez nesta faixa etária é tão mais importante quanto a promoção de mecanismos para lidar com a parentalidade/maternidade precoce. A imaturidade da adolescente que *“já não é criança e ainda não é adulta”*, é demonstradora de comportamentos e de um pensamento, que necessita de orientação adequada, principalmente quando se vê obrigada a assumir também o papel de mãe. Não existe uma razão única para as adolescentes engravidarem, nem uma solução universalmente aceite. As causas da gravidez decorrem de uma variedade de aspetos morais, códigos sexuais e contextos económicos.

Facto é que as adolescentes ainda alimentam muitos mitos que contribuem para o uso reduzido de métodos contraceptivos, nomeadamente, acreditar que não se fica grávida na primeira relação sexual. A fraca adesão a estes métodos, poderá dever-se à falta de confiança em falar abertamente da prática sexual com os parceiros, os amigos, os pais ou prestadores de saúde, assim como à existência de escassos Serviços de Saúde especializados e direcionados para o atendimento do adolescente.

Quanto mais cedo for a idade de início da atividade sexual, mais frequente será a ausência ou défice de uso de contraceção, uma vez que os que adolescentes mais jovens detêm menor nível de conhecimentos e competências para lidar com a sexualidade e com o planeamento familiar.

A equipa de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para compreender o impacto da gravidez na adolescência, quer para os próprios quer para a comunidade e para influenciar as tendências atuais. Desta forma, salienta-se a importância do presente Projeto, que se direciona especificamente às mães adolescentes, apoiando-as no desenvolvimento das suas competências parentais, assim como na adoção de um Projeto de Vida e comportamentos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLAS (Conselho Local de Acção Social) – **Rede Social, Diagnóstico Social 2011 Amadora**. Amadora, 2011. 94p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

DGS – **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e Adolescentes. 2005, 37p.

DGS – **Saúde dos Jovens em Portugal**. Lisboa: DGS, 2005. 97p. ISBN 972-675-137-3.

HBSC – A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Lisboa: FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2012. 175p. ISBN 978-989-95849-5-2.

IMPERATORI, Emilio e GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do planeamento em saúde, Manua para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: obras avulsas, 1982. 152 p.

Lei de Bases da Saúde. Agosto de 1990 alínea a) do nº 1 da Base II.

MONTEIRO, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro –**Psicologia**. Porto: Porto Editora, 1998. 351 p. ISBN 972-0-42104-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 [on-line]. Ministério da Saúde, [acedido em 6/06/2012]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Cadernos de Formação nº2. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990, 223p.

UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) - **Plano Acção da Unidade de Cuidados Continuados da Comunidade, Amadora+**. ACES VII, 2009. 174p.

UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança** [on-line]. UNICEF, 1989 [acedido em 6/06/2012], 54 p. Disponível em www.unicef.pt/artigo.php

ANEXO V

- “MÃE E AGORA?” -



MÃE...E AGORA?



JUNHO 2012



O que come o meu bebé?



• Leite materno



• Leite artificial

O que come o meu bebé?

LEITE MATERNO

- É o alimento mais completo e nutritivo para o bebé;
- Satisfaz as necessidades do bebé na sua totalidade;
- Protege contra as infeções;
- Está à temperatura certa;
- Não necessita de preparação;
- É gratuito;
- Ajuda a mãe a recuperar o peso habitual.



O que come o meu bebé?



A amamentação é uma oportunidade para que tu e o teu bebé fiquem mais próximos.

O que come o meu bebé?

TENS DÚVIDAS NO ALEITAMENTO MATERNO?

(SELECIONA COM O BOTÃO DO RATO A RESPOSTA À PERGUNTA QUE TENS DÚVIDAS)

O que deves fazer antes de dar de mamar?

Qual a posição em que podes dar de mamar?

Qual a melhor maneira para dar de mamar?

Como sabes se está a mamar bem?

Quando deves dar de mamar?

Seguinte

O que come o meu bebé?

O que deves fazer antes de dar de mamar?

- Lava bem as mãos;
- Não precisas de lavar as mamas sempre que dás de mamar, basta que faças a tua higiene diária;
- Escolhe um lugar agradável e escolhe uma posição que seja mais confortável para dares de mamar.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Qual a posição em que podes dar de mamar?

- Tu e o teu bebé devem estar numa posição confortável e agradável para ambos;



- Se deres de mamar sentada, deves fazê-lo numa cadeira com braços, não muito alta, de forma a que os teus pés assentem completamente no chão e que as tuas costas fiquem apoiadas e colocar uma almofada no colo para dar apoio ao bebé;



- Na posição de deitada apoia-te no antebraço ou numa almofada.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Qual a melhor maneira para dar de mamar?

- Começa pela mama mais cheia;
- Deixa o bebé esvaziar completamente uma mama e só depois vai à outra;
- O bebé deve mamar até ficar satisfeito. Às vezes, basta o leite de uma só mama;
- A duração da mamada varia de bebé para bebé;
- Na mamada seguinte oferece a mama que deste em último lugar;
- No fim da mamada tira um pouco de leite e com ele massaja o mamilo, deixa secar e só depois coloca o disco protector e o soutien;
- Esvazia as mamas manualmente ou com bomba, se após a mamada continuarem duras ou doridas.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Como sabes se está a mamar bem?

- Adapta bem a boca do bebé à auréola e não só ao mamilo
- Consegues ouvi-lo a engolir?
- Vês a bochechas "cheias"
- Queixo a tocar na mama
- Lábio inferior revirado como se estivesse a fazer "beicinho"



Então, está tudo bem!

Continua

O que come o meu bebé?

Como sabes se está a mamar bem?

- O bebé fica satisfeito e tranquilo depois de parar de mamar
- Se o bebé não quiser mamar...
 - Verifica se a posição do bebé está correcta;
 - Deves estar calma e não ter pressa;
 - Procura uma zona tranquila e agradável para dar de mamar.



Quanto mais o bebé mama, mais leite é produzido!

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Quando deves dar de mamar?

- Quando o bebé quando tem fome, nem sempre chora. Algumas vezes fica inquieto a chuchar no dedo e a procurar a mama com a boca;
- O bebé mama quando tem fome;
- O intervalo entre as mamadas não deve ultrapassar as 4 horas (quando é pequeno);



Nota: o teu leite tem água suficiente para as necessidades do bebé.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

LEITE ARTIFICIAL

- Aconselha-te com o pediatra;
- O leite artificial deve ser adequado à idade e condição de saúde do bebé;
- Pode ser preciso se o bebé parece que fica com fome depois de mamar o teu leite;
- O biberão exige menos esforço ao bebé;
- Se estiveres a amamentar e a dar leite artificial, deves dar o peito primeiro antes do biberão.



Não dês leite de vaca antes de o bebé fazer 1 ano.

O que come o meu bebé?

TENS DÚVIDAS COM O LEITE ARTIFICIAL?

(SELECIONA COM O BOTÃO DO RATO A RESPOSTA À PERGUNTA QUE TENS DÚVIDAS)

Que cuidados deves ter com o biberão e tetinas?

Qual é a quantidade de leite certa para o bebé?

Como preparas o leite?

Seguinte

O que come o meu bebé?

Que cuidados deves ter com o biberão e tetinas?

- **Ferver**

(Põe o biberão dentro de uma panela com água e conta 10 minutos depois de a água começar a ferver, nessa altura junta a tetina e deixa ferver mais 5 minutos, depois de ferver escorre a água)

- **Guardar**

(guarda os biberões e tetinas dentro da panela tapada para não se sujarem de poeira ou pelas moscas)

- **Lavagem**

(lava o biberão com uma escova própria, água quente e sabão e passa por água corrente)



A seguir à mamada deita fora o leite que sobrou e passa o biberão por água.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Qual é a quantidade de leite certa para o bebé?

Idade	Nº refeições por dia	Nº de medidas	Quantidade de água (ml)
Até 2 semanas	6	2-3	60-90
2-4 semanas	6	3-4	90-120
2 meses	6	5	150
3 meses	6	6	180
4 meses	5	7	210
6 ou mais meses	4	7	210

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

Como preparas o leite?

- Ferve a água durante 10 minutos;
- Deita no biberão a quantidade de água indicada (nunca a ferver);
- Junta o número de medidas de leite em pó indicadas (medidas rasas);
- Fecha o biberão com a tampa e agita-o até o leite estar bem dissolvido;
- Tira a tampa e coloca a tetina na posição correcta;
- Experimenta se o leite está à temperatura certa, deixando cair umas gotas no teu pulso.

Mais dúvidas?

O que come o meu bebé?

4-5 MESES:

- Papas sem glúten
- Purê de legumes sem sal
- Fruta sem açúcar

6 MESES:

- Papas com glúten
- Iogurte natural
- Carne no purê de legumes

7 MESES:

- Peixe

8 MESES:

- Gema de ovo



Hora do Banho



A hora do banho é mágica...
É um momento de carinho e ternura,
que fortalece a relação entre pais e bebé.

Hora do Banho

- Os bebês pequenos devem tomar banho todos os dias, de preferência antes da alimentação, para prevenir a regurgitação do leite;
- Deves dar banho num local quente, sem correntes de ar;
- A banheira deve estar limpa e a água morna;
- Com o cotovelo sentes a temperatura da água;
- Colocas um dos antebraços debaixo dos ombros do bebé, segurando debaixo da axila; a outra mão fica livre para dar banho;
- Lava primeiro a cara e os olhos com água sem produto do banho;
- Não o deixes nunca sozinho na banheira;
- Limpa com uma toalha macia (não esquecendo as dobras dos braços, pernas, virilhas, orelhas);
- Podes utilizar um creme hidratante.



Hora do Banho



O que vestir?

- Fibras naturais;
- Lavar antes de usar;
- Lavar com detergente normal e sem amaciador;
- Tamanho certo;
- Tirar as etiquetas;
- Deve ser adequada à estação do ano e ao lugar onde o bebê está.



Onde fica o bebê?



Onde fica o bebé?

- Deve dormir na sua própria cama ou berço;
- Durante os primeiros meses de vida, deves colocar o berço no teu quarto;
- Não deve dormir na tua cama pois existe o risco de asfixia e/ou traumatismo.



- Adoram brincar;
- Gostam de dar passeios;
- Gostam de olhar para objectos de cores vivas;
- Gostam de brinquedos que façam ruídos (roca ou brinquedos com música).

HORA DE BRINCAR

- Fala muitas vezes com o teu bebé;
- Dá tempo a que o teu bebé "responda";
- Os bebés gostam que se lhes cante;
- Experimenta canções e melodias diferentes para ver qual é que o teu bebé gosta mais.



O que precisas para saires de casa com o bebé?

O saco do teu bebé deve ter...

- Biberões;
- Leite para preparar o biberão;
- Chupeta;
- Mantinha ou fralda para poder dar de mamar;
- Fraldas;
- Toalhetes;
- Sacos para as fraldas sujas;
- Uma muda de roupa;
- Um ou outro brinquedo favoritos.

BEBÉ SEGURO



Posição no berço.

Transportar o bebé.

Prevenir as quedas.

Prevenir as queimaduras.

Vacinas e Vigilância de Saúde.

Seguinte

Posição no berço.

- Deita o bebé de barriga para cima;
- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça;
- Não usar edredões (aquecem demasiado);
- Não colocar almofadas, gorros, laços ou fitas, dentro do berço.




Mais dúvidas?

Transportar o bebé.

- Deves levar o bebé numa cadeirinha de transporte;
 - Deve ser a indicada para a idade, altura e peso da criança;
 - Grupo O+ (para menos de 13Kg).
-
- Se levas o bebé no carro, deve ir no banco traseiro e voltado para trás;
 - Desativar o airbag do lugar onde vai o bebé.




Mais dúvidas?



Prevenir as quedas.

- Não deixes o bebé sozinho em cima da cama, do sofá ou outro sítio nem que seja por um segundo;
- Não deixes que outras crianças lhe peguem, a não ser quando acompanhada por um adulto;
- Usar sempre o cinto da cadeirinha de transporte.

Mais dúvidas?



Prevenir as queimaduras.

- Mantém os líquidos quentes (chá, café, água, leite, etc.) afastados da criança;
- Verifica a temperatura da água antes de dares banho;
- Verifica a temperatura do leite do biberão, antes de dares ao bebé;
- Não utilizes micro-ondas para aquecer o biberão.

Mais dúvidas?

Vacinas e Vigilância de Saúde.

Vacinas...

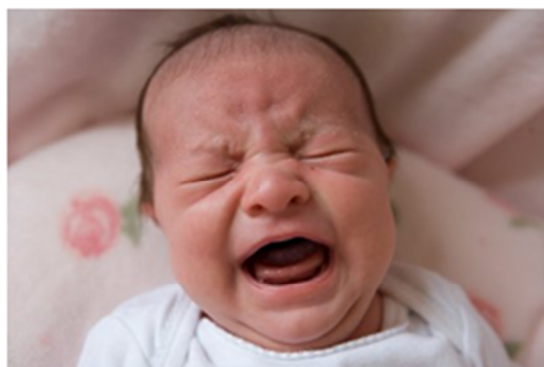
- São gratuitas e protegem contra algumas doenças infecciosas;
- Podem dar algumas reacções: febre, irritabilidade, vermelhidão, etc.;
- São dadas no Centro de Saúde pelas Enfermeiras;
- Consegues ver na última folha do Boletim Individual de Saúde quais as vacinas que o bebé tem de tomar.

As consultas de Saúde Infantil, são importantes pois....

- Permitem ver se o teu bebé se está a desenvolver como seria esperado;
- Servem para te esclarecer dúvidas em relação ao bebé.

Mais dúvidas?

O que tem o meu bebé?



O que tem o meu bebé?

Os bebés choram por muitas razões:

- Fralda suja
- Pedir atenção
- Fome
- Calor/frio
- Muito barulho
- Cansado
- Cólicas (gazes)
- Está doente



Com o tempo vais conseguir perceber o que o teu bebé te diz...

O que tem o meu bebé?

Doenças mais comuns:



O que tem o meu bebé?

Febre

- Uma criança tem febre quando a temperatura é superior a 38°C.
- Não agasalhes o bebé, veste com roupa fresca e leve;
- Dá-lhe um banho de imersão com água morna;
- Oferece líquidos;
- Dá-lhe um medicamento na dose certa para o peso para baixar a febre – antipiréticos (Ben-u-ron® ou Brufen®).



O que tem o meu bebé?

Diarreia

- Fezes líquidas e frequentes. Pode ser acompanhada de vómitos;
- Oferece água e, se vomitar ou tiver diarreia em grande quantidade deves optar por uma solução de rehidratação oral;
- Se amamentares o teu filho, deves continuar a fazê-lo;
- Não forçar a criança a comer;
- Em crianças mais velhas, deve manter a dieta habitual, sendo os alimentos mais recomendados: arroz branco, carnes magras (frango, peru), peixe, iogurtes e banana.



O que tem o meu bebé?

Tosse

- Aspirar as secreções nasais e depois lavar o nariz com soro fisiológico;
- Elevar a cabeceira da cama colocando por debaixo do colchão uma almofada ou um cobertor;
- Oferecer muitos líquidos à criança;
- Limpar o nariz com soro fisiológico, no mínimo três vezes ao dia;



O que tem o meu bebé?

Estomatite aftosa

- Oferece frequentemente líquidos frios e doces;
- Oferece alimentos moles / líquidos, frios e doces que são os que lhe causam menos dor, por exemplo: leite, batidos, gelatinas, pudins, papas;
- Evita bebidas ácidas (como sumo de laranja), quentes e salgados porque causam muita dor;
- Insiste para que beba, não insistas para que coma.



O que tem o meu bebé?

Obstrução nasal

- Aspirar as secreções nasais gentilmente, sem provocar danos no nariz da criança;
- Lavar o nariz com soro fisiológico;
- Elevar a cabeceira da cama colocando por debaixo do colchão uma almofada ou um cobertor;
- Reforçar a oferta de líquidos;
- A utilização de sprays nasais, ou outros medicamentos, deverá ser realizada de acordo com prescrição médica.



Quando deves procurar o médico?

- Recusa alimentar;
- Respiração difícil;
- Choro intenso;
- Agitação;
- Vômitos;
- Febre.



Obrigada pela tua atenção!



ANEXO VI

- “RELAÇÕES E CONTRACEÇÃO” -





O AMOR

O amor é o sentimento que aproxima duas pessoas.




Mas também há outros factores importantes...

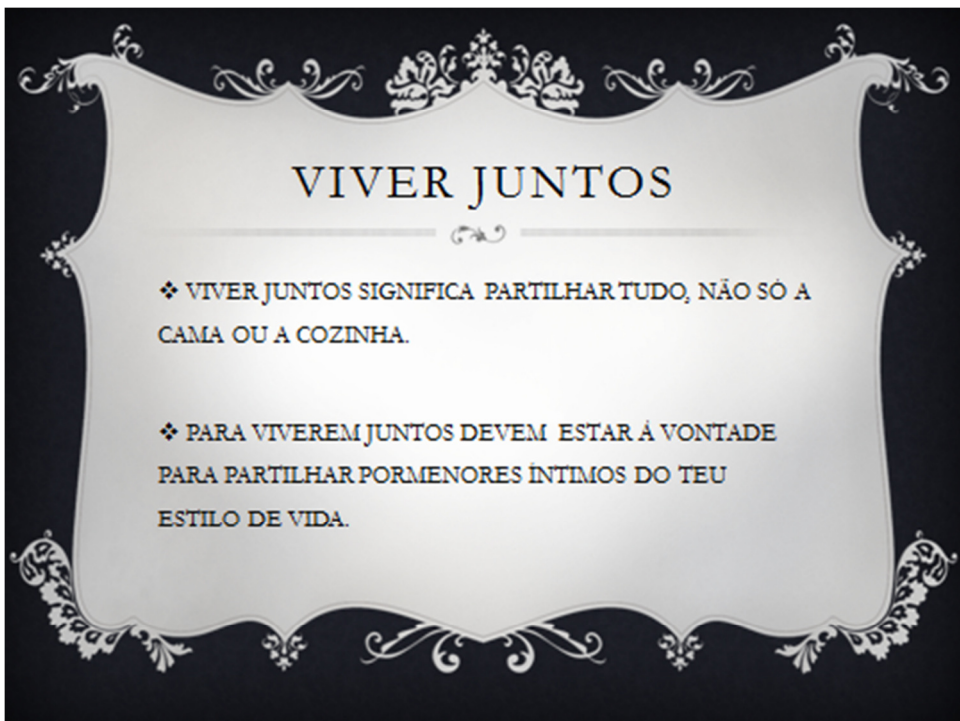
O AMOR

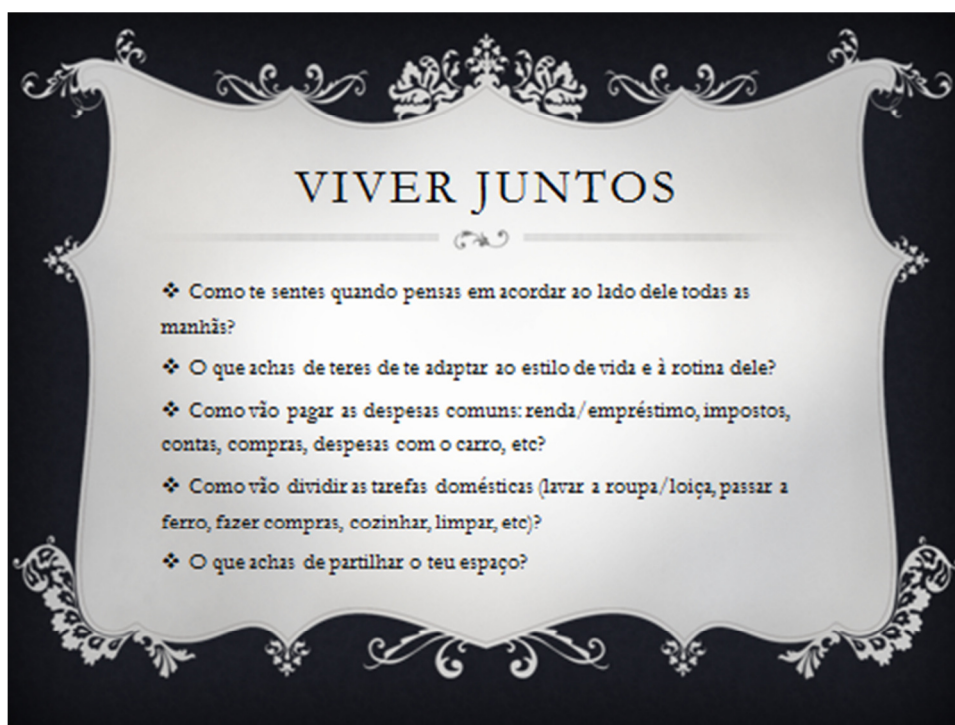
Será que temos respeito e carinho um pelo outro?

Será que fazemos sobressair o que o outro tem de melhor?

Sinto que consigo ser "eu" quando estou com ele?

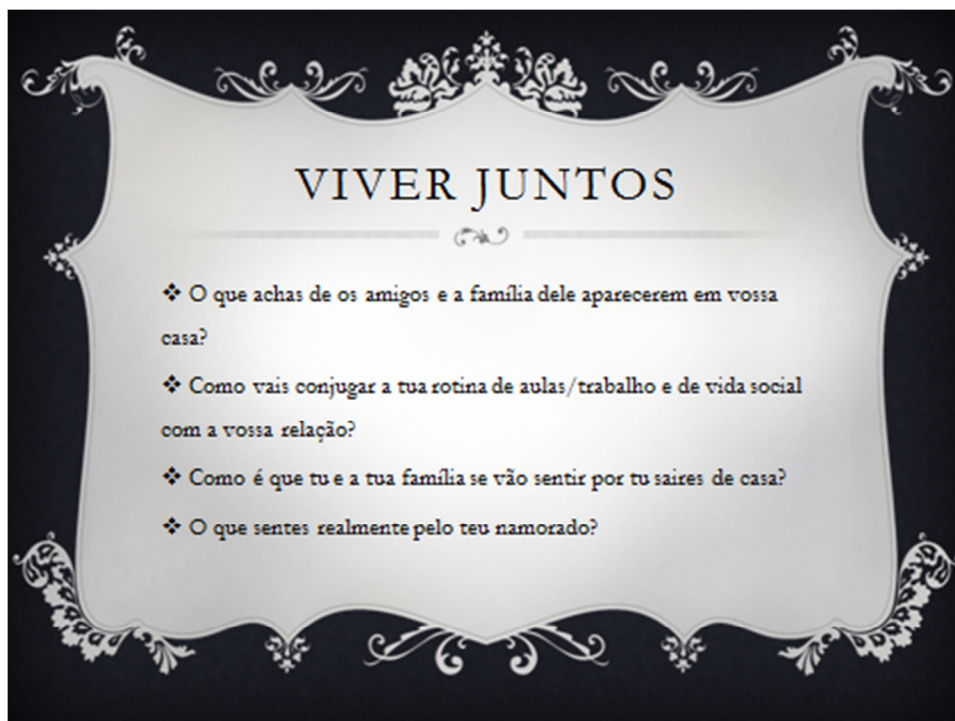






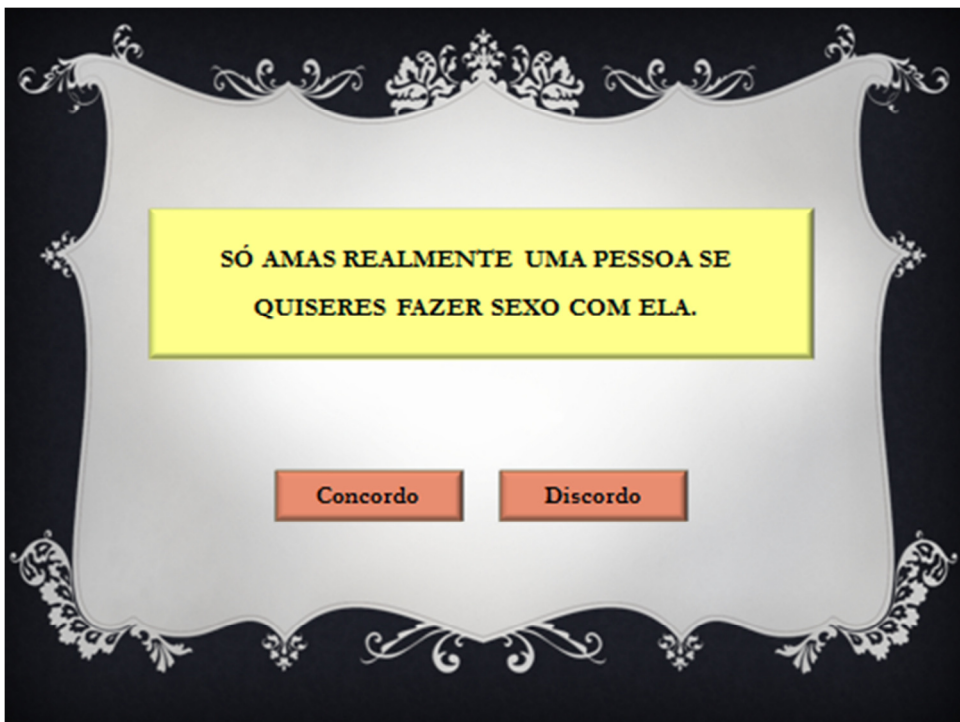
VIVER JUNTOS

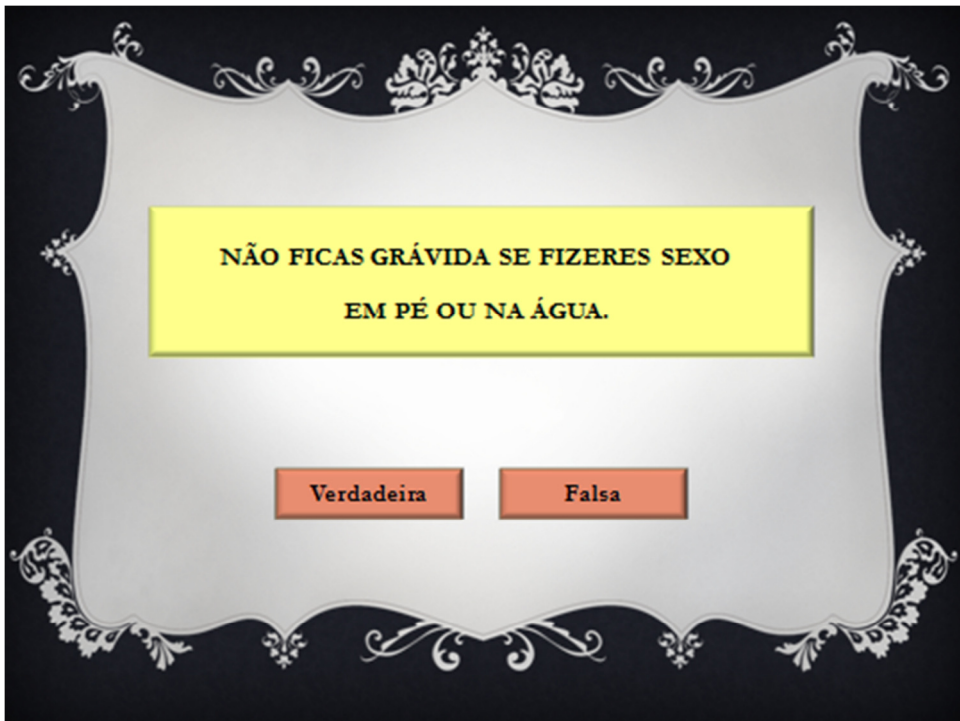
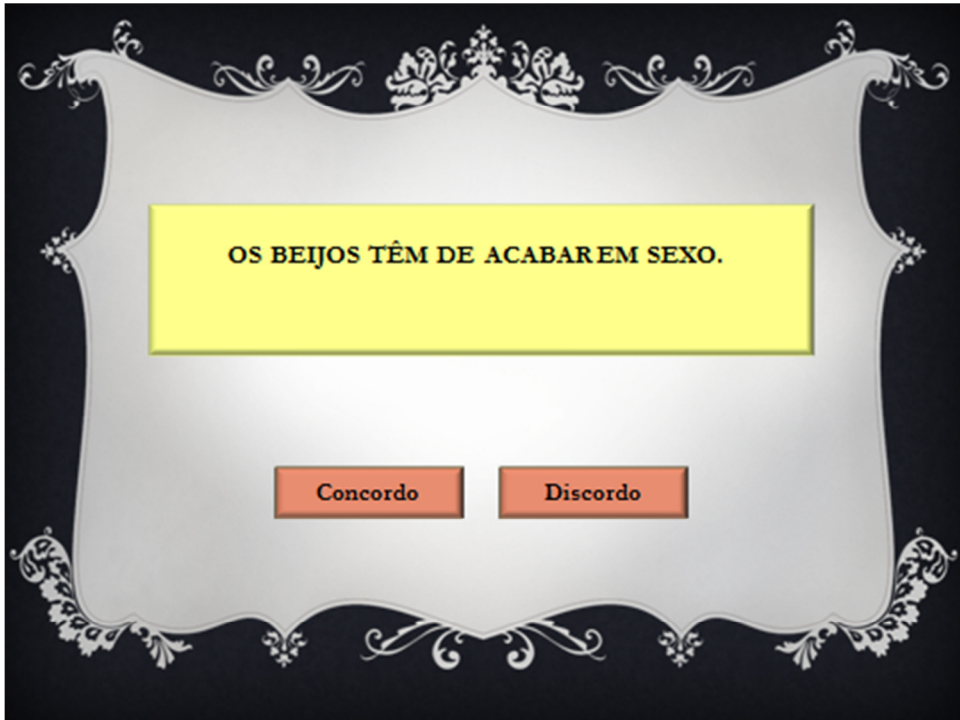
- ❖ Como te sentes quando pensas em acordar ao lado dele todas as manhãs?
- ❖ O que achas de teres de te adaptar ao estilo de vida e à rotina dele?
- ❖ Como vão pagar as despesas comuns: renda/empréstimo, impostos, contas, compras, despesas com o carro, etc?
- ❖ Como vão dividir as tarefas domésticas (lavar a roupa/loija, passar a ferro, fazer compras, cozinhar, limpar, etc)?
- ❖ O que achas de partilhar o teu espaço?



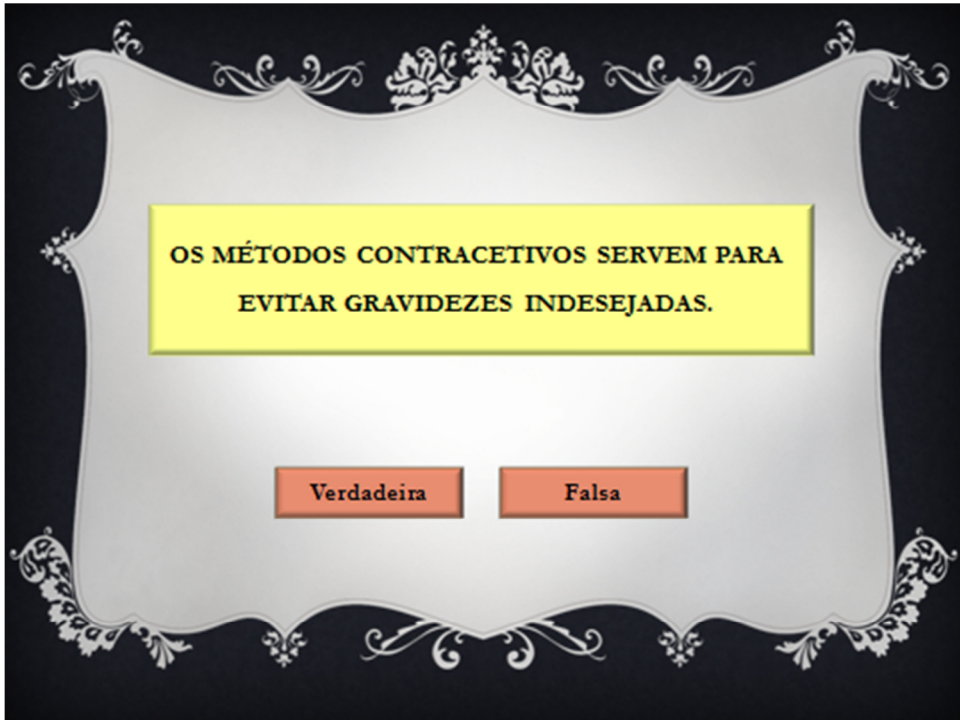
VIVER JUNTOS

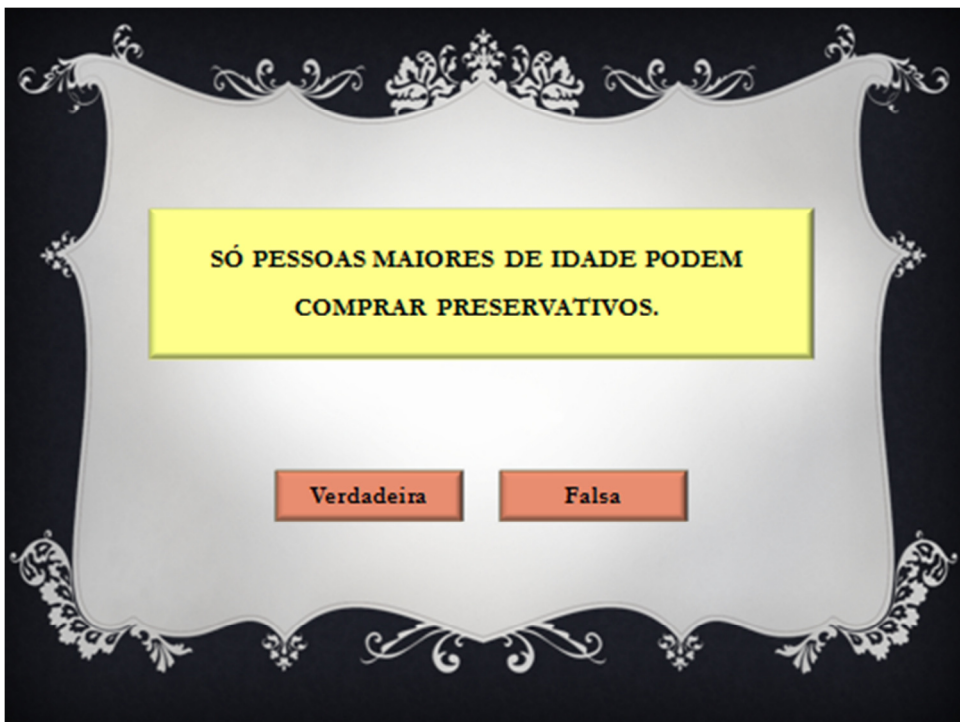
- ❖ O que achas de os amigos e a família dele aparecerem em vossa casa?
- ❖ Como vais conjugar a tua rotina de aulas/trabalho e de vida social com a vossa relação?
- ❖ Como é que tu e a tua família se vão sentir por tu saíres de casa?
- ❖ O que sentes realmente pelo teu namorado?

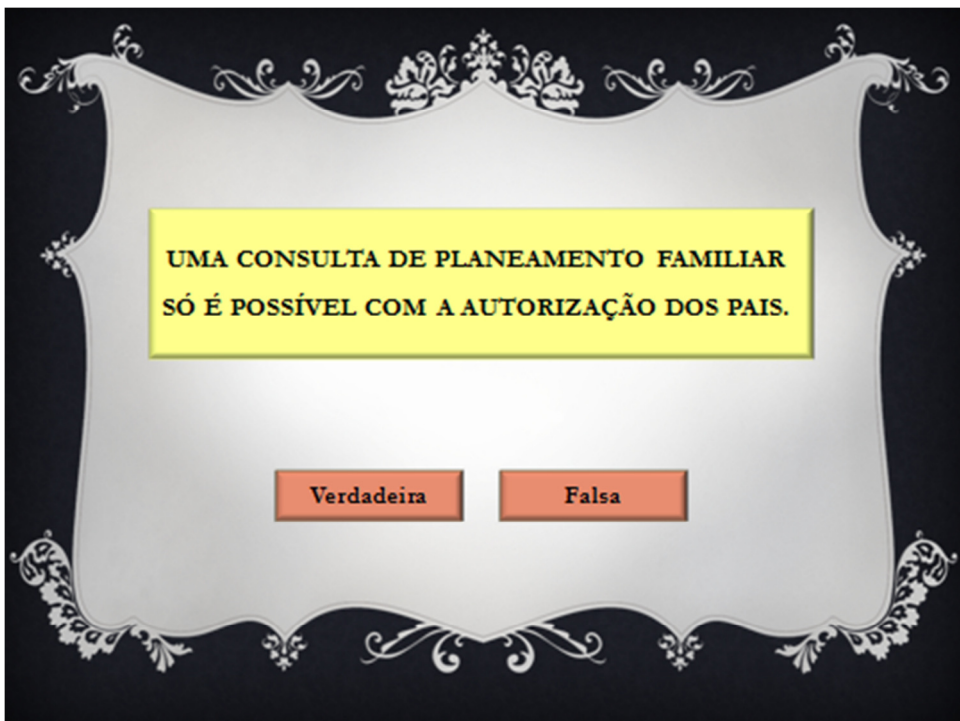












É fácil uma pessoa deixar-se levar por uma onda de desejo...mas há coisas que tu e o teu namorado têm de pensar antes de terem relações sexuais.

Estamos a falar de ...contraceção

CONTRACEÇÃO



- Serve para impedir a **GRAVIDEZ**
- Alguns métodos contraceptivos servem ainda para evitar doenças sexualmente transmissíveis.

CONTRACEÇÃO



QUAL É O MELHOR MÉTODO CONTRACETIVO PARA TI?

CONTRACEÇÃO



Podem dar trabalho descobrir o que funciona melhor contigo e com o teu parceiro, mas há vários métodos de confiança e que estão acessíveis aos jovens.

CONTRACEÇÃO

QUAIS SÃO OS MÉTODOS CONTRACETIVOS QUE CONHECES ?



CONTRACEÇÃO

PRESERVATIVO MASCULINO



É de látex e recobre o pénis, retendo o espermatozóide no acto sexual, impedido o contacto deste e de outros microrganismos entre a vagina e o pénis e vice-versa.

- ❖ Usa um preservativo em cada relação sexual (não o utilizes mais de uma vez);
- ❖ Protege-o do calor e da humidade;
- ❖ Não deites o preservativo na sanita;
- ❖ Não utilizes o preservativo com a data de validade ultrapassada;
- ❖ Não utilizes o preservativo, se estiver danificado.



CONTRACEÇÃO

PRESERVATIVO FEMININO



- ❖ Pode ser colocado em qualquer momento antes da penetração;
- ❖ O anel interior é aplicado na vagina e o anel exterior fica de fora a cobrir os pequenos lábios;
- ❖ É caro;
- ❖ Difícil utilização.

CONTRACEÇÃO

PILULA

Eficácia de 99% quando tomada de forma correcta.



- ❖ Impede a ovulação;
- ❖ A toma de outros medicamentos pode reduzir a eficácia da pílula;
- ❖ Pode ter efeitos secundários: aumento de peso, náuseas, dores de cabeça.

TENS DE TOMAR A PILULA TODOS OS DIAS.

CONTRACEÇÃO

CONTRACEPTIVO INJECTÁVEL



Uma injeção que é eficaz durante 12 semanas.

- ❖ Pode provocar: ciclo menstrual irregular, aumento de peso e mudanças de humor.

CONTRACEÇÃO

ANEL VAGINAL



Tem de ser mudado todos os meses.

- ❖ Insere-se no 1º dia da menstruação, retira-se 3 semanas depois, e volta-se a colocar um novo ao fim de 1 semana de se ter retirado;
- ❖ É caro.

CONTRACEÇÃO

IMPLANTE



Implante inserido, por baixo da pele, na região interna do braço.

- ❖ Colocado por profissional de saúde;
- ❖ Colocação rápida e pouco dolorosa;
- ❖ Tem uma duração de 3 anos;
- ❖ Pode provocar alterações na menstruação: deixar de aparecer ou ter períodos grandes.

CONTRACEÇÃO

ESPERMICIDAS



São cremes, espumas, esponjas, cones ou comprimidos vaginais.

- ❖ Alguns espermicidas têm de ser colocados na vagina pelo menos 10 minutos antes da ejaculação;
- ❖ Pode provocar reações alérgicas;
- ❖ Alta taxa de insucesso.

CONTRACEÇÃO

ADESIVO CONTRACEPTIVO

Adesivo que é aplicado e que liberta hormonas que são absorvidas pela pele.



- ❖ Tem de ser mudado todas as semanas;
- ❖ Zonas onde se pode aplicar: nádegas, abdómen, parte superior do braço, parte superior das costas;
- ❖ Locais onde não haja fricção da roupa;
- ❖ É caro e não é compartilhado.

CONTRACEÇÃO

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)



Eficaz durante 10 a 12 anos.

- ❖ É colocado pelo médico, no útero da mulher;
- ❖ Pode provocar: ciclo menstrual irregular.

CONTRACEÇÃO

PILULA DO DIA SEGUINTE



É um **método de emergência** que pode ser utilizado após a falha na utilização de um método contraceptivo ou após uma relação sexual não protegida, o mais precocemente possível (até às 72h).

CONTRACEÇÃO

PILULA DO DIA SEGUINTE



Não deves facilitar utilizando-a só porque é mais prático e não te obriga a assumires responsabilidades face à tua sexualidade, ou seja, utiliza um método contraceptivo **SEMPRE**.

CONTRACEÇÃO

ONDE PODES OBTER A PÍLULA DO DIA SEGUINTE?



Gratuitamente:

- ❖ Centros de Saúde
- ❖ Consultas de Planeamento Familiar
- ❖ Centros de Atendimento de Jovens
- ❖ Hospital (ginecologia, obstetria)

Comprar nas Farmácias.

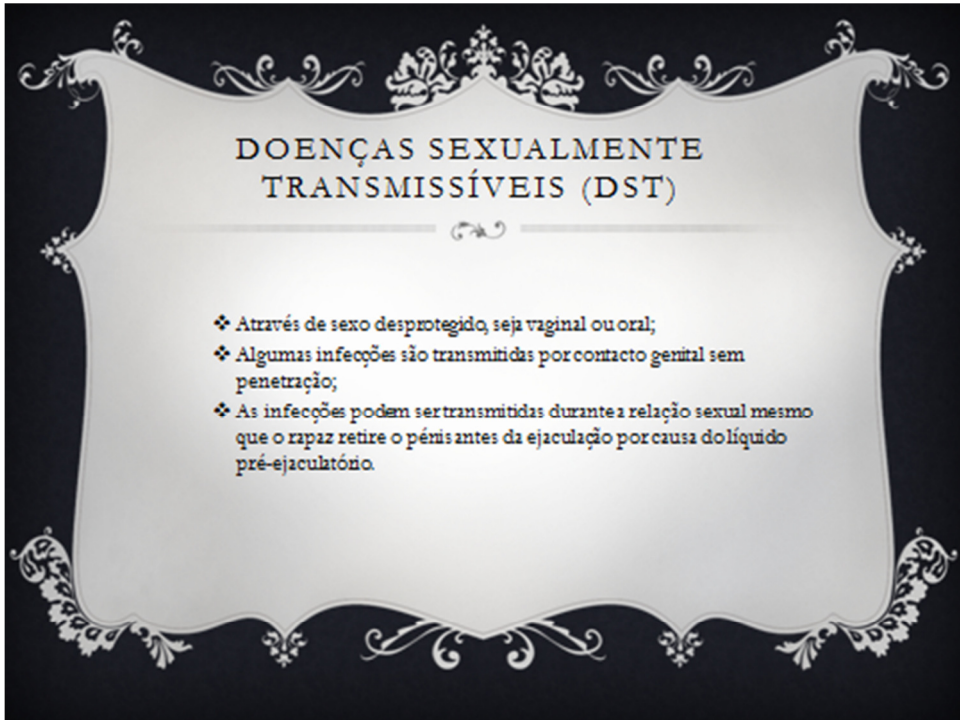
CONTRACEÇÃO



As enfermeiras e médicos do **PLANEAMENTO FAMILIAR** podem ajudar-te a escolher o método mais adequado para ti.







**DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (DST)**

- ❖ Através de sexo desprotegido, seja vaginal ou oral;
- ❖ Algumas infeções são transmitidas por contacto genital sem penetração;
- ❖ As infeções podem ser transmitidas durante a relação sexual mesmo que o rapaz retire o pénis antes da ejaculação por causa do líquido pré-ejaculatório.



**DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS (DST)**

COMO PREVENIR AS DST?



ANEXO VII

- “AGORA E NO FUTURO” -



O BEBÉ NASCEU...E AGORA?



QUE DIREITOS TENS COMO MÃE?



DIREITOS...

◉ Abono de família para crianças e jovens

- ◉ É um valor em dinheiro, pago mensalmente, para ajudar as famílias no sustento e na educação das crianças e jovens.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Quem recebe o abono?

- ◉ Todas as crianças e jovens que não trabalhem;
- ◉ Todas as criança e jovens com famílias que tenham um rendimento baixo.

- ◉ Os jovens dos 16 aos 18 anos recebem o abono se estiverem matriculados, pelo menos, no ensino básico ou *equivalente*;
- ◉ Os dos 18 aos 21, se estiverem matriculados, pelo menos, no ensino secundário ou *equivalente*.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

O ABONO DE FAMÍLIA NÃO PODE ACUMULAR
COM O SUBSÍDIO DE DESEMPREGO.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

SE JÁ TRABALHAS...

DIREITOS...

- ◉ **Licença Maternidade (mãe que trabalha)**
 - ◉ Licença de 120 ou 150 dias consecutivos;
 - ◉ 90 desses dias são gozados após o parto;
 - ◉ Se a mãe tiver gémeos tem direito a mais 30 dias (para além dos 120).

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Licença Paternidade (pai que trabalha)

- ◉ O pai tem direito a 10 dias úteis *obrigatórios* de licença após o nascimento do filho. Os primeiros 5 dias são seguidos e gozados imediatamente a seguir ao nascimento e os outros 5 dias têm que ser gozados nos 30 dias após o nascimento, podendo ser seguidos ou não.

Se a mãe e o pai do bebé quiserem, pode ser o pai a ter licença da mãe, no entanto, a mãe tem sempre de ter as 6 semanas de licença a seguir ao parto.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

Quando os pais do bebé têm menos de 16 anos e vivem com os seus próprios pais, um dos avós da criança (se ambos trabalharem fora de casa, ou em caso de impossibilidade física ou psíquica de um deles) tem direito a faltar até 30 dias consecutivos a seguir ao nascimento do neto ou neta.



(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Subsídio parental o que é?

- ◉ O subsídio parental é um valor em dinheiro que é pago ao pai ou mãe que estão de licença (podem faltar ao trabalho) por nascimento do filho e destina-se a substituir os rendimentos de trabalho perdidos durante o período de licença.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Quem pode ter o subsídio parental?

- ◉ Trabalhadores por conta de outrem (a contrato) a descontarem para a Segurança Social.
- ◉ Trabalhadores independentes (a recibos verdes ou empresários em nome individual) a descontarem para a Segurança Social.
- ◉ Quem estiver a receber Subsídio de Desemprego ou Subsídio Social de Desemprego (que para de receber durante o tempo que estiver a receber o subsídio parental).

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

⦿ Como ter o subsídio parental?

- ⦿ Ter os pagamentos para a Segurança Social em dia até ao fim do terceiro mês imediatamente anterior ao mês em que deixa de trabalhar devido ao nascimento do filho.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

⦿ Subsídio parental inicial?

- ⦿ O subsídio parental inicial é um apoio em dinheiro concedido por um período de até 120 ou 150 dias seguidos, conforme opção dos pais.

⦿ Subsídio parental inicial exclusivo da mãe

- ⦿ É dado por um período facultativo até 30 dias antes do parto e seis semanas obrigatórias (42 dias) após o parto.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Subsídio parental inicial exclusivo do pai

- ◉ É um apoio em dinheiro dado ao pai que está de licença



(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

SE VAIS TRABALHAR..

DIREITOS...

- ◉ Subsídio para assistência ao filho



DIREITOS...

- ◉ Subsídio para assistência ao filho, o que é?
 - ◉ É um apoio em dinheiro dado às pessoas que têm que faltar ao trabalho para prestar assistência urgente e necessária aos filhos (biológicos, adoptados ou do seu cônjuge), em caso de doença ou acidente.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

- ◉ Quem pode ter o subsídio para assistência ao filho?
 - ◉ Trabalhadores por conta de outrem (a contrato) a descontarem para a Segurança Social, incluindo os trabalhadores do serviço doméstico e trabalhadores no domicílio.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

Quem trabalha a recibos verdes ou está a receber o subsídio de desemprego não tem direito ao subsídio de assistência à família.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Como ter o subsídio para assistência ao filho?

- ◉ Ter os pagamentos para a Segurança Social em dia.
- ◉ Pedir o subsídio nos 6 meses a contar do dia em que deixou de trabalhar para dar assistência ao filho.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

DIREITOS...

◉ Direito por amamentar



DIREITOS...

◉ Direito por amamentar

- ◉ A mulher trabalhadora que amamenta o seu filho tem direito a uma dispensa para amamentar de 2 horas diárias;
- ◉ Não há perda de vencimento ou de quaisquer outros direitos.

(Instituto da Segurança Social, I.P., 2012)

OUTROS APOIOS ...

OUTROS APOIOS...

- ⦿ **O Vigilante- Associação de Socorros Médicos**
- 21 491 14 43 (fraldas) -
- ⦿ **Ajuda de Mãe** - 21 476 26 60 (roupa)
- ⦿ **Passo a Passo** - 213622793 /961564650



ANEXO VIII

- “FICHA DE AVALIAÇÃO “MÃES ADOLESCENTES”-

ANEXO IX

- PANFLETO “MÃES ADOLESCENTES”-

O que se vai falar?

MÃE E AGORA?

Cuidados ao bebé

Desenvolvimento do bebé

Vigilância de Saúde

RELAÇÕES E CONTRACEÇÃO

Planeamento familiar

Métodos contraceptivos

MASSAGEM INFANTIL

Massagem ao bebé

AGORA E NO FUTURO

Projecto de Vida

Apoio e Protecção da Maternidade

Recursos da Comunidade



Onde se vai realizar?

Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC),
no Centro de Saúde da Damais.

Horário de Funcionamento

De 2ª a 6ª feira das 9h às 17h

Morada

Praceta Conde da Louçã, 2720-122 Damais

E-mail: secretariadocccamadora@gmail.com

Unidade de Cuidados na Comunidade



Elaborado por Enfermeira Joana Romão

**UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE (UCC)
ACES VII, AMADORA +**

PROJECTO

Mães Adolescentes



Damais, Junho de 2012

Projecto Mães Adolescentes

O Projecto Mães Adolescentes é um Projecto que se destina a apoiar as adolescentes que estão interessadas em obter informação e ajuda nesta sua etapa de vida, como mães.



**Ser mãe não é fácil, mas nós
podemos ajudar-te.**

A quem se destina?

A todas as jovens, entre os 12 e os 18 anos, que foram mães e que gostariam de receber informação útil sobre:

- Cuidados a ter com o bebé;
- Planeamento familiar;
- Apoios que podem ter;
- Ajuda para definir o seu Futuro.

Quem somos?

Somos um grupo de profissionais de saúde de diferentes áreas (enfermeiras, assistente social e psicóloga) que te podem ajudar.

Como podes fazer para participar no Projeto?

Podes inscrever-te no Projeto, através do contacto telefónico para a Unidade de Cuidados na Comunidade, do Centro de Saúde da Damaia:

21 490 62 17



ESTAMOS Á TUA ESPERA!

ANEXO X

- PANFLETOS INFORMATIVOS -

O que fazer quando o recém-nascido tem cólicas?

Faça leves massagens na barriga do bebé com movimentos suaves e circulares, no sentido dos ponteiros do relógio.



Coloque o bebé deitado de costas, segure as suas pernas e dobre-as, pressionando suavemente os joelhos contra a barriga, depois estique as pernas e repita o movimento várias vezes.

Fazer ginástica com as pernas do bebé como se ele estivesse a "pedalar".

Segurar a criança na posição de trucos apoiando a barriga no seu antebraço;



Actividades rítmicas (balanços oscilantes), passeios ou caminhar são geralmente úteis, para distrair e consolar.

Ajudar a criança a libertar os gases utilizando para o devido efeito, a câmula do bebegel. Antes de o fazer, desperdice o conteúdo líquido do bebegel e corte com uma tesoura a sua extremidade, desta forma poderá utilizar a câmula do bebegel para estimular suavemente o ânus do bebé ajudando-o a expelir os gases e diminuindo desta forma as cólicas.

Administre apenas os medicamentos prescritos pelo Pediatra.

Unidade de Cuidados na Comunidade



Praceta Conde de Lousã
2720-122 Damão
Telefone: 214808217

Elaborado por Enfermeira Joana Romeiro

UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE (UCC)
ACES VII, AMADORA +

Cuidados ao Recém-Nascido com:

Cólicas



Damão, Junho de 2012

Cólicas do Recém-Nascido

É um acontecimento natural resultante da "imaturidade" do intestino e do sistema nervoso central que controla as contrações do intestino. Devido a essa imaturidade ocorrem movimentos intestinais descoordenados que provocam dor (cólica).

Esta situação, é ainda agravada pela ingestão de ar durante as mamadas, uma vez que este desloca-se pelo intestino provocando distensão abdominal e consequentemente a cólica no recém-nascido.



As cólicas começam, geralmente, entre a 1ª e 2ª semana de vida e podem durar até aos 4 meses de idade.

Habitualmente manifestam-se ao fim da tarde e ou durante a noite.

Como saber se o choro é mesmo devido às cólicas?

O bebé está com fome? A fralda está molhada? Está com frio? Está com calor? Se não, é porque provavelmente estará com cólicas.

Quando o bebé tem cólicas presentes:



- Irritabilidade
- Choro muito intenso
- Face avermelhada
- Barriga distendida
- Encolhe as pernas até à barriga
- Liberta muitos gases

Porque é que o recém-nascido tem cólicas?

As cólicas podem-se dever à ingestão de ar durante as mamadas, alimentação da mãe que amamenta, ou até mesmo à ansiedade transmitida pelos pais ou pelo ambiente que o rodeia.

Como prevenir as cólicas?



Amamentar a criança na posição adequada, ou seja, com a boca do bebé cobrindo a maior parte da aréola e o lábio inferior virado para baixo.

No caso de estar a ser alimentado por biberão, ter o cuidado de verificar se o orifício da tetina não é muito grande. O biberão deve ser inclinado de forma a que a base da tetina fique coberta de leite.

Colocar a criança a arrotar a meio e no fim da mamada. Para facilitar a expulsão do ar, a criança



deve ser colocada direita contra o ombro da mãe/pai ou pode ser sentada ao colo, tendo o queixo apoiado.

A mãe que amamenta deve ingerir bastantes líquidos e deve evitar certos alimentos, como: melão, pepino, chocolates, café, bebidas alcoólicas, bebidas

O que fazer quando o recém-nascido tem obstrução nasal?

Lavagem nasal com soro fisiológico antes das refeições :



Deite a criança virada para o lado esquerdo. Introduza soro na narina direita, que escoe depois para a esquerda. Repita a operação para o outro lado e assegurando, desta forma, que ambas as narinas fiquem desobstruídas.

Se necessário utilize um aspirador nasal infantil para remover as secreções;

Fracção as refeições (refeições mais pequenas mas com intervalos mais curtos);

Mantenha o aleitamento materno;

Coloque a criança a dormir com a cabeceira elevada :

Colocando uma almofada debaixo do colchão junto à cabeça. Para a criança não escorregar, coloque um pano fido com uma toalha turca, debaixo das pernas do bebé, entalando-o nos lados do colchão.

Ofereça líquidos (o bebé que mama no seio materno não precisa de tomar outros líquidos que não o leite materno);

Faça aerossol ou atmosfera húmida (consoante prescrição médica).

Consulte o Pediatra se o seu filho:

Não se alimenta;

Estiver prostrado;

Apresentar uma respiração rápida;

Apresentar corimento nasal amarelo ou esverdeado;

Apresentar farfalheira;

Apresentar gemido;

Meter para dentro a pele entre as costelas, em cada respiração;

Fizer "covinhas" no pescoço, a cada respiração;

Abrir e fechar as asas do nariz;

Apresentar uma cor azulada dos lábios ou da pele.

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), ACES VII, Amadora +



Praceta Conde da Lousã
2720-122 Damais
Telefone: 214906217

Elaborado por Enfermeira Joana Romeiro

Unidade de Cuidados na
Comunidade (UCC)
ACES VII, Amadora +

Cuidados ao Recém-Nascido com:

Obstrução Nasal



Damais, Junho de 2012

Obstrução Nasal

A obstrução nasal consiste na acumulação de secreções nas fossas nasais.

Uma vez que no recém-nascido as vias aéreas são menores estas ficam mais facilmente obstruídas.

O nariz congestionado é muito desagradável para o bebé, que antes dos 6 meses de idade ainda não aprendeu a respirar pela boca.

Quando o bebé tem obstrução nasal apresenta:



- Nariz entupido
- Corrimento nasal
- Espirros
- Irritabilidade
- Não come bem
- Não dorme bem

Quais as causas da obstrução nasal?

Durante os primeiros meses de vida a causa da obstrução nasal pode estar associada a infeções por vírus (constipação).

Estas infeções surgem habitualmente nos meses de Outono e Inverno e transmitem-se de pessoa para pessoa pela saliva, espirros, tosse, pelas mãos e por material contaminado. Por outro lado, a frequência de ambientes fechados e não arejados facilita a transmissão de vírus.



O contágio é grande entre os recém-nascidos, uma vez que, o seu sistema imunológico ainda não está totalmente formado e desta forma têm menor resistência às infeções.

Como prevenir?

Lavar as mãos antes e depois de cuidar do bebé;

Se a mãe/pai estiverem constipados, usem uma máscara quando estiverem a cuidar do bebé;

Mantenha, se possível, o aleitamento materno (o leite materno protege de infeções porque possui anticorpos que protegem a criança);

Lavar de forma adequada as chupetas e tetinas dos biberões;

Evitar levar a criança a locais públicos e/ou fechados (como centros comerciais);

Evitar contacto com pessoas constipadas, com gripe ou com tosse;

Não fumar junto da criança;

Arejar diariamente o quarto do bebé;

Limpar os brinquedos do bebé;

Vestir a criança de acordo com a temperatura ambiente.

ANEXO XI

- “FOLHA DE RISCO” -



FOLHA DE RISCO

*Avaliação das Crianças Internadas
no Serviço de Pediatria por Caso Social*

INDICE

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA.....	4
ESTRUTURA FAMILIAR	6
INTERNAMENTO	11
AVALIAÇÃO DA CRIANÇA	12
- SAÚDE	12
-EDUCAÇÃO.....	14
- DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	15
-IDENTIDADE SOCIAL	16
- RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL.....	17
ACOMPANHANTE NO INTERNAMENTO	18
AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS	19
- SAÚDE	19
- EDUCAÇÃO.....	21
- DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL	22
- IDENTIDADE SOCIAL	24
- RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL	25
REGISTOS.....	26
- OBSERVAÇÃO MÉDICA.....	26
- OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM	26
- OBSERVAÇÃO PSICÓLOGA.....	26
- OBSERVAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL	26

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME

DATA DE NASCIMENTO

ETNIA

LOCAL DE NASCIMENTO

MOTIVO INTERNAMENTO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)

MAU TRATO FÍSICO

MAUS TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

ABANDONO AFETIVO

SUSPEITA ABUSO SEXUAL

PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS –
AGRESSIVIDADE CONTRA OS OUTROS (FAMÍLIA,
AMIGOS, PROFESSORES), AGITAÇÃO
PSICOMOTORA

COMPORTAMENTOS ADITIVOS NOS
CUIDADORES (EX. ALCOOLISMO,
TOXICODEPENDÊNCIA)

RISCO SOCIAL

NEGLIGÊNCIA

ABANDONO

DISFUNCIONALIDADE
PARENTAL/FAMILIAR

ABUSO SEXUAL CONFIRMADO

PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS
(AUTOAGRESSIVIDADE, IDEAÇÃO
SUICÍDA, DESORIENTAÇÃO,
CONFUSÃO, APATIA)

PROBLEMA DE SAÚDE GRAVE NA
CRIANÇA

OUTROS MOTIVOS:

OBSERVAÇÕES:

ESTRUTURA FAMILIAR

ESTRUTURA FAMILIAR

MÃE	NOME	
	IDADE	
	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
	PROFISSÃO	EMPREGADA (PROFISSÃO) DESEMPREGADA
	ANTECEDENTES DE SAÚDE	
HÁBITOS	NÃO	
	SIM	TABÁGICOS ETANÓLICOS TOXIFÍLICOS
PAI	NOME	
	IDADE	
	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
	PROFISSÃO	EMPREGADA (PROFISSÃO) DESEMPREGADA
	ANTECEDENTES DE SAÚDE	
HÁBITOS	NÃO	

		SIM	TABÁGICOS
			ETANÓLICOS
			TOXIFÍLICOS
OUTRO CUIDADOR COM RESPONSABILIDADE PARENTAL	NOME		
	IDADE		
	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
	PROFISSÃO	EMPREGADA	(PROFISSÃO)
		DESEMPREGADA	
	ANTECEDENTES DE SAÚDE		
	HÁBITOS	NÃO	
		SIM	TABÁGICOS
			ETANÓLICOS
			TOXIFÍLICOS
ÁREA GEOGRÁFICA DE RESIDÊNCIA			
TIPO DE RESIDÊNCIA			
ESTRUTURA FAMILIAR		MONOPARENTAL MATERNA	
		MONOPARENTAL PATERNA	
		RECOMPOSTA MATERNA	
		RECOMPOSTA PATERNA	

NUCLEAR SEM IRMÃOS

NUCLEAR COM IRMÃOS

ALARGADA AOS AVÓS

ALARGADA SEM AVÓS

AVÓS SEM PAIS

OUTRO

(ESPECIFICAR)

A CRIANÇA VIVE COM

ONDE É QUE A CRIANÇA
FICA DURANTE O DIA

CASA

MÃE

PAI

IRMÃOS

SOZINHA

AMA

ESCOLA

ANO

APROVEITAMENTO

SIM

NÃO

DIFICULDADES NA
APRENDIZAGEM

SIM

(QUAIS)

NÃO

CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO FAMILIAR QUE PODEM SER POTENCIADORES DE CONTEXTOS DE RISCO

ALCOOLISMO E TOXICODEPENDÊNCIA	SITUAÇÕES DE ADOÇÃO OU FAMÍLIAS RECONSTITUÍDAS COM FRATRIA DIVERSA
PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	OUTRAS CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS
PARENTALIDADE PRECOCE	PAIS/CUIDADORES ENVOLVIDOS EM PROCESSOS LEGAIS OU A CUMPRIR PENA
GRAVIDEZ NÃO DESEJADA/MAL VIGIADA/NÃO VIGIADA	PADRÕES EDUCACIONAS AGRESSIVOS OU VIOLENTOS
PAIS ABUSADOS OU NEGLIGENCIADOS EM CRIANÇA	AUSÊNCIA DE REDES FAMILIARES E SOCIAIS DE APOIO
CONTEXTOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	SITUAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA PRECÁRIA
CONTEXTOS DE CRISE FAMILIAR (EX. MORTE, SEPARAÇÃO, DIVÓRCIO, DESEMPREGO)	DESEMPREGO
MÁS CONDIÇÕES HABITACIONAS (SOBRELOTAÇÃO)	“DESENRAIZAMENTO” CULTURAL E SOCIAL (IMIGRANTES)
PAIS COM VIDA SOCIAL E/OU PROFISSIONAL INTENSA	OUTROS:

HISTÓRIA SOCIAL

INTERNAMENTO

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

- SAÚDE -

ESTADO GERAL DE HIGIENE

ADEQUADOS

DIMINUÍDOS

AUSENTES

DESENVOLVIMENTO ESTATURÓ-
PONDERAL

ADEQUADO

INADEQUADO

DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR

ADEQUADO

INADEQUADO

DOENÇA CRÓNICA

SIM

QUAIS

NÃO

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO
(PNV)

ATUALIZADO

NÃO ATUALIZADO

VACINAS EM FALTA:

APRESENTA ALTERAÇÕES DO PADRÃO DE
SONO

SIM

NÃO

APRESENTA ALTERAÇÕES DO PADRÃO
ALIMENTAR

SIM

ANOREXIA

BULIMIA

OUTRO

	NÃO	
ALTERAÇÕES DO CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	SIM	ENURESE ENCOPRESE
	NÃO	
APRESENTA SINAIS E/OU SINTOMAS DE TER SIDO EXPOSTA A SUBSTÂNCIAS ADITIVAS DURANTE A GRAVIDEZ	SIM	QUAIS
	NAO	
APRESENTA EVIDÊNCIA DE LESÕES DEVIDO A ACIDENTES	SIM	ESPECIFICAR
	NÃO	
APRESENTA COMPORTAMENTOS DESVIANTES	SIM	ALCOOLISMO TOXICODEPENDÊNCIA DELINQUÊNCIA OUTRO
	NÃO	
DEMONSTRA INTERESSE RELACIONADO COM O INTERNAMENTO E/OU SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE	SIM	
	NÃO	
OBSERVAÇÕES		

- EDUCAÇÃO -

APRESENTA UMA LINGUAGEM DE ACORDO COM O SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

SIM

NÃO

DEMONSTRA DESEJO DE AUTONOMIA E COMPORTAMENTOS EXPLORATÓRIOS

SIM

NAO

DEMONSTRA CURIOSIDADE SOBRE O MEIO, AS PESSOAS, OS BRINQUEDOS E OUTROS QUE A RODEIAM

SIM

NÃO

BRINCA DE FORMA ADEQUADA

SIM

NÃO

DESENVOLVE ATIVIDADES COM AS EDUCADORAS E/OU SALA DE ESTUDO DE FORMA ADEQUADA PARA O SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

- DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL -

APRESENTA-SE HABITUALMENTE

FELIZ

TRISTE

TÍMIDA

ANSIOSA

PREOCUPADA

AGRESSIVA

OUTRO

RESPONDE AO CONTATO DOS PAIS/CUIDADORES DEMONSTRANDO INTERESSE E ACEITAÇÃO

SIM

NÃO

APRESENTA VINCULAÇÃO SEGURA COM PELO MENOS UM DOS CUIDADORES

SIM

QUEM

NÃO

VERBALIZA RELUTÂNCIA EM REGRESSAR A CASA

SIM

NÃO

REVELA COMPORTAMENTOS OU IDEAÇÃO SUICIDA

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

- IDENTIDADE SOCIAL -

DEMONSTRA ORGULHO NAS SUAS REALIZAÇÕES E NOS SEUS SUCESSOS

SIM

NÃO

REAGE POSITIVAMENTE ÀS PESSOAS FAMILIARES

SIM

NAO

RESPONDE PELO SEU NOME

SIM

NÃO

IDENTIFICA-SE COMO MEMBRO DA FAMÍLIA

SIM

NÃO

DESENVOLVE ATIVIDADES E PROCURA INTERAGIR COM OUTRAS CRIANÇAS, ADULTOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

- RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL-

MOSTRA-SE MAIS CALMA NA PRESENÇA DOS PAIS E/OU DOS PRINCIPAIS CUIDADORES

SIM

NÃO

PARECE DEMONSTRAR SINAIS DE VINCULAÇÃO ADEQUADA COM OS PAIS/CUIDADORES

SIM

NAO

A CRIANÇA TEM PELO MENOS UMA RELAÇÃO DURADOURA ESTÁVEL COM UM ADULTO

SIM

QUAL:

NÃO

OBSERVAÇÕES

ACOMPANHANTE NO INTERNAMENTO

MÃE ACOMPANHA A CRIANÇA

DIARIAMENTE

DIA TODO

GRANDE PARTE DO DIA

ALGUMAS HORAS POR DIA

DURANTE A NOITE

OCASIONALMENTE

RARAMENTE

NUNCA

PAI ACOMPANHA A CRIANÇA

DIARIAMENTE

DIA TODO

GRANDE PARTE DO DIA

ALGUMAS HORAS POR DIA

DURANTE A NOITE

OCASIONALMENTE

RARAMENTE

NUNCA

OUTRO CUIDADOR ACOMPANHA
A CRIANÇA

NOME

DIARIAMENTE

DIA TODO

GRANDE PARTE DO DIA

ALGUMAS HORAS POR DIA

DURANTE A NOITE

OCASIONALMENTE

RARAMENTE

NUNCA

AValiação DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS

- SAÚDE -

COMPREENDEM O ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

SIM

NÃO

DEMONSTRAM INTERESSE NO ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA

SIM

NAO

PREOCUPAM-SE EM CUIDAR DA CRIANÇA

SIM

NÃO

DEMONSTRAM FALTA DE AUTOCONFIANÇA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

SIM

NÃO

PRESTAM CUIDADOS BÁSICOS E ADEQUADOS DE HIGIENE E VESTUÁRIO

SIM

NÃO

ACOMPANHAM A CRIANÇA DURANTE O INTERNAMENTO

SIM

NÃO

PROCURAM ACOMPANHAR A CRIANÇA NA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DISGNÓSTICO OU OUTROS

SIM

NÃO

PROMOVEM A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA FAZENDO-O DE FORMA ADEQUADA À SUA SITUAÇÃO CLÍNICA E AO SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

SIM

NÃO

ADOTAM MEDIDAS E CUIDADOS PARA PREVENIR A OCORRÊNCIA DOS ACIDENTES MAIS COMUNS

SIM

NÃO

ASSEGURAM QUE A CRIANÇA TENHA UM HORÁRIO REGULAR DE SONO.

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELOS CUIDADORES À CRIANÇA, DURANTE O INTERNAMENTO

- EDUCAÇÃO -

DEMONSTRAM UMA APLICAÇÃO DE DISCIPLINA DEMASIADO RÍGIDA E AUTORITÁRIA

SIM

NÃO

PROPORCIONAM DE FORMA FREQUENTE OPORTUNIDADE DE ESTAR E/OU BRINCAR COM OUTRAS CRIANÇAS (se a situação clínica o permitir)

SIM

NAO

PROMOVEM ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM Á CRIANÇA ADEQUADOS AO SEU ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

SIM

BRINQUEDOS

JOGOS

LEITURA

VER

TELEVISÃO

NÃO

RESPONDEM AOS ESFORÇOS DA CRIANÇA PARA COMUNICAR

SIM

NÃO

APARENTAM DEMONSTRAR GOSTAR DE COMUNICAR COM A CRIANÇA

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

Empty text box for observations.

- DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL -

CONSOLAM DE IMEDIATO A CRIANÇA QUANDO CHORA

SIM

NÃO

APARENTAM FALTA DE PREOCUPAÇÃO COM A CRIANÇA E/OU NÃO PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO DEVIDA

SIM

NAO

APRESENTAM COMPORTAMENTO DE PROTEÇÃO EXCESSIVA DA CRIANÇA

SIM

NAO

APRESENTAM VINCULAÇÃO INSEGURA/DESORGANIZADA E/OU AUSÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES DE AFETO COM A CRIANÇA

SIM

NÃO

VERBALIZAM EXPECTATIVAS IRREALISTAS E/OU NEGATIVAS EM RELAÇÃO À CRIANÇA

SIM

NÃO

GRITAM, APLICAM CASTIGOS FÍSICOS DESADEQUADOS OU “ABANAM” A CRIANÇA

SIM

NÃO

EXPÕEM FREQUENTEMENTE A CRIANÇA À CRÍTICA E HOSTILIDADE

SIM

NÃO

UTILIZAM UMA VARIEDADE DE MÉTODOS POSITIVOS PARA ACALMAR E DIALOGAR COM A CRIANÇA

SIM

NÃO

AJUDAM A CRIANÇA A CONTROLAR O SEU COMPORTAMENTO E ENSINAM ACERCA DA FORMA ADEQUADA COMO SE DEVE COMPORTAR COM OUTRAS CRIANÇAS E ADULTOS

SIM

NÃO

APRESENTAM COMPORTAMENTO CONFLITUOSO E/OU AGRESSIVO, NO SERVIÇO, E EM RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SIM

NÃO

RESOLVEM CONFLITOS CONJUGAIS DE FORMA NÃO VIOLENTA

SIM

NÃO

APOIAM-SE NA APLICAÇÃO DAS REGRAS FAMILIARES

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

- IDENTIDADE SOCIAL -

DEMONSTRAM CUIDADO COM O VESTUÁRIO DA CRIANÇA

SIM

NÃO

LAVAM AS ROUPAS DA CRIANÇA PERIÓDICAMENTE

SIM

NAO

TODOS OS FAMILIARES USAM O MESMO NOME QUANDO CHAMAM A CRIANÇA

SIM

NÃO

REVELAM ORGULHO NA CRIANÇA E NAS AQUISIÇÕES QUE VAI FAZENDO AO LONGO DO INTERNAMENTO

SIM

NÃO

RESPEITAM AS ESCOLHAS E OPINIÃO DA CRIANÇA

SIM

NÃO

ACEITAM A CRIANÇA COMO MEMBRO DA FAMÍLIA

SIM

NÃO

APOIAM A CRIANÇA QUANDO É SEPARADA DOS PAIS/CUIDADORES

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

Empty text box for observations.

- RELACIONAMENTO FAMILIAR E SOCIAL-

OUTROS FAMILIARES VISITAM A CRIANÇA

SIM QUEM

NAO

PROPORCIONAM A VISITA DOS IRMÃOS E ESTIMULAM UM RELACIONAMENTO POSITIVO DESTES COM A CRIANÇA

SIM

NÃO

ENCORAJAM AS RELAÇÕES FAMILIARES AFECTUOSAS COM A CRIANÇA

SIM

NÃO

OBSERVAÇÕES

REGISTOS

- OBSERVAÇÃO MÉDICA -

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

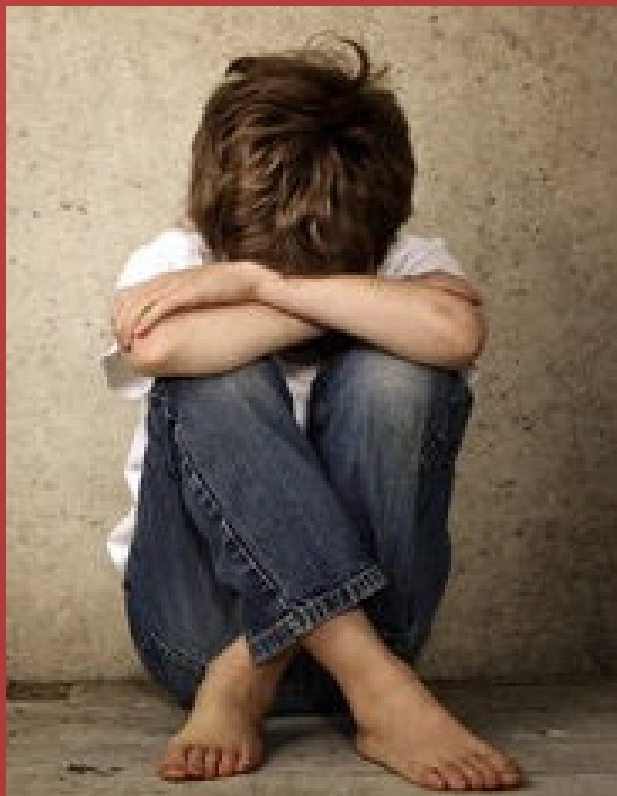
OBSERVAÇÃO PSICÓLOGA

OBSERVAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

ANEXO XII

- DOSSIER “FOLHA DE RISCO” -

FOLHA DE RISCO



AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NO
SERVIÇO DE PEDIATRIA POR CASO SOCIAL



“FOLHA DE RISCO”

Avaliação das Crianças Internadas no Serviço de Pediatria por Caso Social

Joana Marques Romeiro

[Trabalho desenvolvido na sequência do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica de Lisboa, que decorreu de 20 de Setembro a 10 de Novembro de 2012, no Serviço de Pediatria, do Hospital Professor. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E., sob orientação de EESCJ Luísa Tavares.]

AMADORA, OUTUBRO DE 2012

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	4
1. CRIANÇA versus FAMÍLIA	6
1.1. A CRIANÇA	6
1.2. A FAMÍLIA	6
2. PROBLEMÁTICA: MAUS-TRATOS	9
2.1. NEGLIGÊNCIA	10
2.2. MAU-TRATO FÍSICO	11
2.3. ABUSO SEXUAL	12
2.4. MAU-TRATO PSICOLÓGICO	13
2.5. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO	14
3. HOSPITAL/ SERVIÇO DE PEDIATRIA	16
4. FOLHA DE RISCO	20
4.1. OBJETIVO	20
4.2. ÂMBITO	20
4.3. POPULAÇÃO ALVO	22
4.4. CONCEITOS-CHAVE	22
4.5. DESCRIÇÃO	26
CONCLUSÃO	28
BIBLIOGRAFIA	29

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS - Direcção Geral de Saúde

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

ECMIJ - Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude

HFF - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

IAC- Instituto de Apoio à Criança

INML - Instituto Nacional de Medicina Legal

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

PIAF - Plano de Intervenção e Apoio à Família

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCIENP - Unidade de Cuidados Intensivos Especiais e Neonatais Pediátricos

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos infantis têm tido a sua incidência, de forma mais ou menos silenciosa, ao longo dos tempos, tratando-se de um tema tão antigo quanto atual.

Descobrem-se ao longo dos séculos estes e outros relatos de exploração de menores e de infanticídio no decurso da História, com uma evolução progressiva de atitudes e comportamentos face à criança. Só no século XVIII é que surge o conceito de infância, com maior ênfase a partir do século XX, por meio de estudos direcionados para a faixa etária em questão.

Atualmente reconhece-se uma profunda preocupação naquilo que é considerada uma ofensa grave aos direitos fundamentais, e no reconhecimento da criança, como sujeito detentor de direitos. Torna-se desta forma imperiosa, a construção de uma Humanidade mais dignificadora e respeitadora, daquela que é, a fase de maior vulnerabilidade do ser humano: ser Criança.

A necessidade de um salto, na qualidade da garantia dos seus direitos básicos, levou ao desenrolar de uma variedade de programas e planeamentos, não só na área da saúde, como também na área da educação e justiça, no que concerne à prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos.

Sob esta problemática atual e insidiosa, reconhecida por muitos, mas cujo entendimento é de grande complexidade, inside o presente trabalho, que pretende, estimular uma deteção precoce e uma intervenção de progressiva qualidade, em parceria, e competente, na proteção e defesa da criança no seio familiar.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho, baseou-se na observação e inclusão dos contributos e experiência prática dos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF), E.P.E. Recorreu-se ainda a uma revisão bibliográfica, mais especificamente, da legislação portuguesa atualmente em vigor, e de uma variedade de documentos técnicos já existentes e orientadores da intervenção na família e em crianças e jovens em risco.

Para facilitar a sua leitura, o trabalho foi estruturado em quatro partes, onde cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos profissionais de saúde a quem este se dirige.

A primeira, focaliza-se no conceito de criança e família, cuja definição se torna pertinente no contexto da intervenção da equipa multidisciplinar, que exerce funções no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E., e que direciona os cuidados aos utentes pediátricos.

Na segunda, é realizada uma breve abordagem à problemática dos maus-tratos, salientando-se os aspetos que diferenciam as várias formas de violência, contribuindo, assim, para a sua compreensão e para o desenvolvimento de uma obrigação moral, ética e profissional de denúncia de situações de maus-tratos infantis.

A terceira parte dedica-se a contextualizar a nível hospitalar, a abordagem à criança em risco/perigo, nomeadamente no serviço de internamento do hospital em questão.

A quarta parte e última parte, é dedicada a uma descrição do instrumento proposto de avaliação das crianças internadas por risco, no HFF E.P.E., que se constitui um meio para identificação das necessidades dos menores internados e avaliação das competências parentais no cuidar do menor.

Por último, foram incluídos ainda, uma lista de anexos respetivos ao conteúdo trabalhado, com bibliografia útil, instrumentos de avaliação, formulários técnicos e/ou outros, que foram considerados pertinentes e de interesse para a temática trabalhada.

1. CRIANÇA versus FAMÍLIA

1.1. A CRIANÇA

Hoje em dia, a criança, é definida pela Convenção dos Direitos da Criança, como sendo *“todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”* (UNICEF 1989, p.1).

A atitude face à criança foi evoluindo ao longo da História da Humanidade, existindo atualmente Instituições várias que se dedicam a garantir a sua proteção e os seus direitos, de entre os quais se encontram: a não discriminação de qualquer criança, independentemente do sexo, raça, cor, cultura ou religião (Artigo 2); o interesse superior da criança (Artigo 3); o direito à vida (sobrevivência e desenvolvimento), ao nome e nacionalidade, proteção da identidade, e direito a não ser separada dos pais (Artigos 6, 7, 8 e 9, respectivamente); direito à sua opinião e à liberdade de expressão (Artigos 12 e 13); direito de acesso à informação (Artigo 17); proteção contra maus-tratos e negligência (Artigo 19); direito a proteção enquanto privada do seu meio familiar, e direito à adoção (Artigos 20 e 21); proteção e cuidados especiais a crianças refugiadas e deficientes (Artigos 22 e 23); direito à saúde e serviços médicos (Artigo 24); direito à educação (Artigo 28); direito ao lazer, atividades recreativas e culturais (Artigo 31); proteção contra o trabalho infantil, e contra o consumo e o tráfico de drogas (Artigos 32 e 33); proteção contra a violência e a exploração sexual (Artigo 34); proteção contra a venda, o tráfico ou o rapto de crianças (Artigo 35); proteção contra tortura e privação de liberdade (Artigo 37); e proteção contra participação em conflitos armados (Artigo 38) (UNICEF, 1989).

Salvaguardado o superior interesse da criança, pelo sistema jurídico português é preconizado, de acordo com, o Princípio 2º da Declaração dos Direitos da Criança, que *“toda a criança gozará de protecção especial e deverão ser-lhe dadas oportunidades e facilidades através da lei e outros meios para o seu desenvolvimento psíquico, mental, espiritual e social num ambiente saudável e normal e em condições de liberdade e dignidade”* (IAC 2010, p.1).

1.2. A FAMÍLIA

A família, é segundo STANHOPE e LANCASTER (1999) , parafraseando Johnson *“composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa,*

experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”. Pode-se dizer que à semelhança da conhecida frase “*o todo é mais do que a soma das suas partes*”, paralelamente o todo familiar constitui mais do que a soma de todos os seus elementos. Constitui um meio onde ocorre o processo de socialização dos membros através do desempenho de papéis (indispensável à vida e interação social), e do contato com as normas sociais e culturais. Na proteção da sua saúde e dos seus elementos, cabe à família as funções essenciais de:

- Assegurar alimentação;
- Abrigo e vestuário adequados;
- Manutenção do ambiente físico domiciliário favorável à saúde;
- Manutenção do ambiente psicossocial domiciliário favorável à saúde;
- Assegurar os recursos de manutenção de higiene pessoal;
- Assegurar as respostas às necessidades espirituais;
- Educação para a saúde;
- Promoção da saúde;
- Tomada de decisões em situação de saúde-doença;
- Reconhecimento de ruturas de desenvolvimento;
- Reconhecimento de ruturas da saúde, recurso aos cuidados em situação de doença;
- Primeiros socorros;
- Supervisão de medicação;
- Cuidados de saúde (a curto e longo prazo);
- Cuidados de reabilitação;
- Envolvimento na saúde da comunidade (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

A criança é um ser dependente, incapaz de satisfazer por si própria todas as suas necessidades e conseqüentemente incapaz de assegurar a própria sobrevivência. A família, é geralmente, aquela que assume a garantia da satisfação das suas necessidades: físico-biológicas (alimentação, higiene, vestuário, sono, atividade física, proteção de riscos reais e saúde), cognitivas (estimulação sensorial, estimulação física e socialização, compreensão da realidade física e social), e socio-emocionais (segurança emocional, expressão emocional, rede de relações sociais, participação e autonomia progressiva, sexualidade e interação) (CPCJ, 2007). À luz do Código Civil, atualmente em vigor, “*os filhos estão sujeitos ao poder paternal até à maioridade ou emancipação*” (CÓDIGO CIVIL, 2000: Artº 1877º), competindo aos pais “*no*

interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes” (CÓDIGO CIVIL, 2000, Artº 1878º: nº1). Desta forma, “(...)normalmente os pais prestam os cuidados adequados aos filhos, proporcionam-lhes formação integral e oferecem-lhes relações securizantes a partir das quais a criança pode desenvolver uma visão positiva de si mesma e das pessoas que a rodeiam” (CPCJ, 2007). Entende-se assim, que são os responsáveis pela criança, e que devem no superior interesse dos filhos, zelar pelo seu bem estar a todos os níveis.

O seio familiar deve surgir como um ambiente onde a criança se vê rodeada de amor, atenção, carinho e proteção, assim como um meio capaz de corresponder às exigências dos primeiros anos de vida. Salientado-se que decorrente da sua maior ou menor imaturidade, manifesta do seu estadio de desenvolvimento, assim é maior ou menor o grau de dependência da criança em relação à satisfação das suas necessidades pela família.

2. PROBLEMÁTICA: MAUS-TRATOS

Os maus-tratos constituem uma problemática complexa e multicausal, com consequências graves e irreversíveis no desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social da criança.

O conceito de “maus-tratos”, é um conceito que tem sofrido mutações, e cuja definição diverge entre grupos e culturas diferentes. São vários os estudiosos que se dedicaram a aprofundar as suas causas, no entanto, esta situação está ainda longe de ser totalmente compreendida. Todavia, é concordante o princípio, de que *“uma criança será sempre uma criança com as suas necessidades e interesses próprios, independentemente do lugar e cultura em que se insere e, deste modo, os acontecimentos que coloquem em causa ou violem as suas necessidades e interesses constituem maus-tratos”* (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Segundo Magalhães (2005), os maus-tratos remetem-se a

“(...) qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade.”

Com esta definição, introduz-se o conceito de intencionalidade da ação do maltratante. Coloca-se, no entanto, em causa a intencionalidade do agressor, quando essa ação é encetada por cuidadores com algum tipo de perturbação depressiva. Todavia, apesar de não haver intenção, não se deixa de considerar a existência de mau-trato (AZEVEDO e MAIA, 2006).

O comportamento maltratante poderá ser induzido ou provocado, em diferentes contextos, quer seja no seio familiar, quer seja por outras pessoas que convivem com o menor em qualquer outro âmbito, essencialmente por pessoas que têm a responsabilidade da sua educação ou cuidados.

As crianças, especificamente, as mais novas, são aquelas que pela sua imaturidade e incapacidade de satisfazerem por si mesmas as suas necessidades, se encontram mais dependentes e conseqüentemente exigem maior disponibilidade e tempo de presença de um adulto. Por tudo isto, e pela sua dificuldade em gerir as emoções, em antecipar e evitar castigos,

tornam-se num alvo mais vulnerável, à possibilidade de serem aplicados métodos e comportamentos violentos.

O enraizamento cultural dos comportamentos, levam o maltratante a considerar os seus atos justificáveis, uma vez, que estão convencidos de que o que fazem é necessário e admissível. As crenças e valores que apreendem leva-os a crer e a agir de acordo com a ideia de inevitabilidade na aplicação dos castigos físicos e numa educação severa. A evidência dessa mesma ideologia manifesta-se ainda hoje por ditados populares, que são transmitidos de geração em geração: *“Filho mau em que não se tem mão, melhor é doente que são”* e *“Quem dá o pão dá a educação”*.

Hoje em dia, distinguem-se duas categorias: mau-trato por ação (abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico) e mau-trato por omissão (negligência física e psicológica). Esta distinção atualmente usada, dá ênfase quer aos danos físicos diretamente observáveis, mas também a aspetos que fazem parte da esfera do invisível, nomeadamente as agressões psicológicas e emocionais. Reconhece-se a permeabilidade da fronteira entre o físico e o emocional, na medida em que, o mau-trato físico pode ter consequências psicológicas, e vice-versa, ocorrendo, muitas vezes, a presença simultânea de diferentes tipos de maus-tratos (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Segundo a DGS (2008), o fenómeno pode ser classificado em cinco tipos: negligência, mau-trato físico, abuso sexual, mau-trato psicológico e síndrome de Munchausen por procuração, que passaremos a analisar.

2.1. NEGLIGÊNCIA

A negligência, insere-se nos atos de omissão na satisfação das necessidades básicas do menor, nomeadamente a nível da higiene, alimentação, segurança, educação, afeto, estimulação e saúde, imprescindíveis ao seu normal crescimento e desenvolvimento e no contexto dos recursos familiares disponíveis. Esta omissão poderá ser “ativa”, com intenção de provocar dano, ou poderá ser “passiva” por resultar da incapacidade parental manifesta em dar resposta adequada às exigências de cuidados ao filho (DGS, 2008).

O facto de este fenómeno ocorrer por omissão, torna-se menos visível, fácil de negar e consequentemente mais difícil de detetar. O abandono físico da criança constitui o grau extremo de negligência (AZEVEDO e MAIA, 2006).

A sua deteção deverá ter em conta alguns sinais e sintomas que poderão surgir quando a negligência, toma proporções regulares e prolongadas. Destacam-se aspetos como: o atraso de

crescimento físico, atraso de desenvolvimento de competências sociais (linguagem, motricidade, socialização), perturbações do apetite (roubar alimentos ou comer demasiado), perturbações do sono, hiperatividade, agressividade, dificuldades de aprendizagem, absentismo escolar, higiene deficiente (eritema da fralda recorrente, sujidade acentuada, múltiplas picadas de inseto), faltas persistentes dos pais no acompanhamento ou na procura de cuidados de saúde (não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, não comparecer a consultas programadas, ou ausência ou demora na procura dos serviços de saúde em caso de doença ou acidente do filho), hematomas ou outras lesões inexplicadas, acidentes frequentes por falta de supervisão, e comportamentos de risco no adolescente (alcoolismo, toxicodependência e delinquência) (MAGALHÃES, 2005).

De acordo, com os últimos dados divulgados pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), em 2011, foi maior o número de situações de negligência (33,1%) detetadas comparativamente com os restantes tipos de maus-tratos. Correspondendo maioritariamente a uma negligência por falta de supervisão e acompanhamento familiar (42,1%) e negligência ao nível da saúde (19,2%) (CPCJ, 2011).

2.2. MAU-TRATO FÍSICO

O mau-trato físico é *“qualquer acção não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico”* (DGS, 2008).

Traduz-se em comportamentos de agressão, em resultado de punição física corporal, por meio de queimaduras, envenenamentos, asfixias, afogamentos, golpes com objetos, pontapés, mordeduras, abanões (síndrome da criança abanada) ou esbofeteamento do menor.

Consiste num tipo de mau-trato na sua maioria facilmente identificável, por grande possibilidade de deixar sinais externos diretamente observáveis, e de lesões de tamanho variável, tal como hematomas, feridas, fraturas e deslocações. No entanto, podem também ocorrer lesões não observáveis, e cuja identificação só ocorre por meio de exames auxiliares de diagnóstico, como o são, as fraturas de crânio, lesões cerebrais, traumatismos ou lesões abdominais internas.

Em ambos os casos, ocorrem critérios comuns, como sejam, a existência de lesões com diversos tempos de evolução (equimoses com diferentes colorações, ou calos ósseos), em diferentes localizações ou locais pouco comuns aos traumatismos accidentais para a faixa etária

da criança, desenhando marcas de objetos, queimaduras com bordos regulares (queimadura por cigarros), intoxicações inexplicadas e repetidas (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Pelo que foi anteriormente dito, não é de estranhar que este tipo de situação seja aquela que é mais frequentemente detetada em urgência hospitalar, pela componente elevada de incidência de morbidade, incapacidade e mortalidade, a ela associada (DGS, 2008).

2.3. ABUSO SEXUAL

“Envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento: não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido” (DGS, 2008).

Nesta linha de ideias, destacam-se os conceitos de coersão (força física, pressão ou engano) e de assimetria (assimetria de idade, que é impeditiva de uma tomada de decisão livre, consciente e informada) (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Trata-se, assim, de uma situação de desigualdade, onde ocorre um tipo de mau-trato, que visa a gratificação e satisfação sexual, de outrem, que poderá ou não ser um adulto (poderá também ser um menor), mas que se encontra numa situação de poder ou autoridade sobre ela. Desta forma, é uma prática resultante do aproveitamento da imaturidade da criança, e que por isso não consegue compreender, ou não tem capacidade para dar o seu consentimento informado.

Segundo AZEVEDO e MAIA (2006), parafraseando Martinez Roig e De Paul, podem-se considerar três tipos de abuso sexual: pedofilia, hebofilia e incesto. O primeiro remete-se a um ato sexual (homossexual ou heterossexual) contra a criança, o segundo num *“comércio sexual entre um adulto e adolescente”* e o último num ato sexual perpetrado por pessoas da família do menor.

O abuso pode ou não estar associado a contato físico entre maltratante e criança. Podendo haver contato físico sexual com ou sem penetração, manipulação dos órgãos sexuais, uso de objetos para estimulação, exibição dos órgãos sexuais à criança, obrigá-la a tomar conhecimento e a visualizar pornografia, usá-la em sessões fotográficas ou filmagens, entre outras (DGS, 2008).

Todas estas situações encontram-se previstas e são puníveis por lei, no CÓDIGO PENAL (Art.171º).

A dificuldade de identificação deste tipo de abuso, decorre de a criança se ver envolvida numa chantagem emocional complexa, alimentada pelo abusador. O facto de este ser um elemento familiar, possibilita o contato constante e conseqüentemente a continuidade do abuso e de manipulação emocional do menor. Esta oportunidade do agressor gera a possibilidade, de criação de uma ideia de relação afetiva “normal” e de imposição do segredo na criança.

Raras vezes resultam em lesões físicas, no entanto, a sua deteção surge na maioria associada a certos sintomas, como: dor na região vaginal ou anal e prurido vulvar. Outros sintomas a destacar são, por exemplo, perturbações no relacionamento com outras crianças, comportamentos agressivos ou sexuais (manifestos por brincadeiras ou desenhos de natureza sexual explicita), e no adolescente por perturbações do foro emocional (depressão, automutilação, ideação suicida) (MAGALHÃES, 2005).

2.4. MAU-TRATO PSICOLÓGICO

O mau-trato psicológico ou abuso emocional é aquele que *“resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados”* (DGS, 2008).

Consiste num ato intencional, que pode ser ativo ou passivo, dos pais, no reconhecimento e resposta às necessidades emocionais do filho.

A qualquer outra forma de mau-trato encontra-se simultaneamente associado o abuso emocional, que pode também ocorrer isoladamente quando surge como a única forma de abuso (MAGALHÃES, 2005). No entanto, a sua deteção isoladamente constitui uma tarefa difícil, dada a ausência de evidências diretas e físicas observáveis.

Segundo AZEVEDO e MAIA (2006), citando Melo, há evidências de cinco formas de abuso psicológico: a rejeição, o aterrorizar, o isolamento, o ignorar e a corrupção. Todos estes aspetos trazem em si conseqüências no desenvolvimento das competências emocionais e sociais da criança.

A rejeição, é caracterizada pela adoção de comportamentos impeditivos do estabelecimento de uma vinculação com a criança. A ausência de estímulos, atenção e transmissão de afeto, assim como humilhações verbais ou crítica excessiva, são alguns exemplos.

O aterrorizar, consiste numa atitude que visa provocar o medo, baseado em ameaças verbais com recurso ao que a criança teme (ser abandonada ou internada no colégio), com a finalidade de provocar o sentimento de pânico e terror.

O isolamento, tem por base um comportamento de inibição do relacionamento social, como a proibição de brincar e interagir com outras crianças, fechar a criança ou proibi-la de falar.

Ignorar, é outro modo de mau-trato psicológico, pelo facto de os pais ignorarem a existência da criança ou não demonstrarem disponibilidade para com a mesma.

A corrupção, caracteriza-se pela satisfação da ambição dos pais, naquilo que querem que a criança realize. Ou seja, a criança é subornada e compensada por algo que deseja, habitualmente algo material, se conseguir determinado êxito. A perversão e atitudes desonestas, são formas de corrupção da criança, que têm como finalidade somente a satisfação dos pais e não a felicidade da criança (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Neste contexto, de abuso emocional, identificam-se atitudes para com a criança, de abandono, humilhação, ridicularização, hostilização, culpabilização, ausência de afeto e aplicação de castigos desproporcionados. Na ótica dos pais abusadores, justifica-se a adoção de determinados comportamentos abusivos como meio de “defesa” e de proteção do filho.

As perturbações funcionais (anorexia, bulimia, terrores noturnos, gaguez, enurese), perturbações cognitivas (dificuldades de aprendizagem, atraso no desenvolvimento da linguagem), as perturbações afetivas (choro incontrolado, timidez, medos concretos ou indeterminados, dificuldade em lidar com situações de conflito), as perturbações do comportamento (défice na capacidade para brincar, agressividade, hostilidade, delinquência, problemas escolares, fugas de casa), e as perturbações do foro psiquiátrico (ansiedade, depressão, mudanças súbitas de humor), são alguns dos sintomas possíveis de observar em crianças e adolescentes vítimas de mau-trato psicológico (MAGALHÃES, 2005).

2.5. SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

O Síndrome de Munchausen por procuração, é definido como a *“atribuição à criança, por parte de um elemento da família (...) de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas”* (DGS, 2008).

Muitas vezes associada a uma patologia do foro psiquiátrico, que levam o cuidador, a recorrer com a criança aos serviços de saúde, com a manifestação de um quadro de doenças recorrentes

inexplicáveis, e cujos sintomas normalmente desaparecem quando a criança é retirada do contexto familiar. A administração de uma droga/terapêutica com a finalidade de causar determinada sintomatologia, semi-sufocar a criança (numa simulação de crises de apneia), adicionar contaminantes bacterianos a amostras de urina do menor, são alguns exemplos de comportamentos característicos deste síndrome.

3. HOSPITAL/ SERVIÇO DE PEDIATRIA

O HFF E.P.E. é um hospital que dá resposta às necessidades da população pertencente à área geográfica da Amadora e Sintra. Rege-se pelos valores de:

“(...) procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e actuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos doentes e suas famílias, numa perspectiva de defesa do direito à protecção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais” (HFF E.P.E., 2009).

Paralelamente, o Departamento de Pediatria dá resposta às exigências da população pediátrica (dos 0 aos 17 anos) da mesma área geográfica, procurando integrar a parceria de cuidados e a filosofia de cuidados centrados na família, pois *“reconhece (a família) como uma constante na vida da criança e que os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família”* (Política do Departamento de Pediatria do HFF, 2011 – Anexo I).

Na mesma medida, o reconhecimento que faz da *“criança como um ser único, vulnerável e com quadro de valores próprios”* (Política do Departamento de Pediatria do HFF, 2011), reafirmam a sua atuação como Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ).

Atualmente em Portugal, distinguem-se três níveis de atuação (Ilustração 1), pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro):

Primeiro nível – compete às ECMIJ, nomeadamente aquelas que atuam no domínio da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros. Trabalham no sentido da protecção e promoção dos direitos das crianças e jovens em situação de risco ou perigo.

Segundo nível – remete-se à ação da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ), quando se verifica que não é suficiente a intervenção das entidades do primeiro nível, na remoção do perigo.

Terceiro nível – é a intervenção última quando as entidades anteriores não foram suficientes, cabendo a ação judicial (Tribunais), na resolução da situação de perigo da criança.

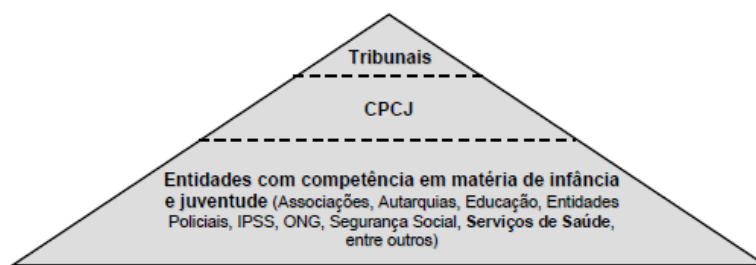


Ilustração 1 - Níveis de Intervenção (Adaptado de DGS, 2008).

Na medida do que foi anteriormente referido, localiza-se a intervenção do Departamento de Pediatria (como ECMIJ) , no primeiro nível de intervenção. A esta entidade compete intervir nos casos de risco e perigo assegurando, no que lhe compete, a proteção de que a criança e/ou jovem necessitam. A nível hospitalar, a existência do Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) permite “ (...) funcionar como referência dos profissionais e das várias equipas, no que respeita à sinalização, gestão ou encaminhamento dos casos específicos detetados” e “(...) fomentar o estabelecimento de colaboração efectiva entre profissionais, departamentos, serviços e unidades da instituição que, de alguma forma, prestam cuidados a crianças e jovens, quando em presença de situações de maus tratos” (DGS, 2007). A intervenção do NHACJR irá apoiar o acompanhamento feito das crianças, nomeadamente através da definição para cada caso, de um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), consoante as necessidades identificadas (DGS, 2008).

A intervenção da CPCJ ocorrerá quando a primeira entidade sinalizar a criança/jovem, por no âmbito, das suas funções não conseguir assegurar a proteção do menor. De qualquer forma a ECMIJ manterá a sua intervenção, salvo se não houver consentimento da família/cuidadores.

Se da situação de perigo identificada se constituir uma situação de crime, de acordo com o Código Penal Português, então a EMICJ e/ou a CPCJ darão conhecimento e lugar à intervenção dos Tribunais (com conseqüente resposta penal).

Entre o ano de 2009 e 2010, registaram-se 247 crianças que recorreram ao SUP do HFF E.P.E. (2011), por maus-tratos. A violência física e o abuso sexual, constituíram o motivo mais frequente, respetivamente com 65,2% e 32,4%. Verificou-se uma maior incidência no sexo feminino (60,7%), abrangendo uma faixa etária dos 17 dias aos 17 anos. No caso da agressão física a maioria das crianças (60,1%) coabitava com o agressor, que constituíam em grande parte o pai (32,1%) ou a mãe (20,8%).

Verifica-se, desta forma, um elevado número de crianças que anualmente dão entrada pelo SUP, vítimas de alguma forma de violência.

Os profissionais de saúde, que trabalham em contexto hospitalar, são na sua maioria aqueles que dada a natureza da sua intervenção, se encontram em posição privilegiada, de detetar os sinais e/ou sintomas de criança maltratada e de sinalizar a mesma situação.

Por forma a dar resposta às situações de perigo destacam-se os procedimentos e protocolos desenvolvidos e atualmente em implementação, como sejam:

- *“Procedimento de Admissão da Criança Vítima/Suspeita de Maus Tratos”*, (Serviço de Urgência Pediátrica), que confere orientação das situações de maus-tratos a crianças e jovens detetadas no Serviço de Urgência; (Anexo II)
- *“Algoritmo de Actuação”* (NHACJR), que estabelece a sequência de atuação em caso de abuso sexual (ocorrido antes das 72horas e após as 72horas), e mau-trato físico (agressão física); (Anexo III)
- *“Protocolo de Urgência da Criança Maltratada”*, de preenchimento médico que inclui a recolha de informação respeitante à identificação da criança e família, nomeadamente: existência de suspeita clínica; tipo de mau-trato (violência física, violência emocional, abandono, negligência e abuso sexual); identificação do agressor; avaliação geral da criança; esquema gráfico (relacionado com a observação de evidências físicas de mau-trato na criança); indicação de observação pelo Instituto Nacional de Medicina Legal (INML); e referenciação interna (para internamento ou consulta). (Anexo IV)

Se alguns aspetos, são de complexa e difícil identificação, como já foi anteriormente referido, outros alertam para a necessidade de estudo e exploração do contexto familiar, por história inadequada ou aparentemente incompatível, sobre o mecanismo de produção de determinada lesão (que não é habitual para a faixa etária da criança) ou por não explicar o surgimento de lesões repetidas. De suspeitar ainda o atraso entre a ocorrência do acidente e a procura de cuidados de saúde, assim como a recusa ou alterações constantes na explicação do sucedido. Por tudo isso, a criança poderá ser encaminhada não só para consulta (de psicologia, apoio e risco ou pedopsiquiatria) como também para internamento. Desta forma, multiplicam-se sucessivos internamentos de crianças no Serviço de Pediatria, não só decorrentes de mau-trato evidente, como também para esclarecimento e avaliação do menor e do seu contexto familiar, tão frequentemente designados por “casos sociais”.

Embora, o contato com situações de risco ocorra, em primeira instância, através do SUP, também ocorrem internamentos vários, decorrentes da identificação de crianças que internadas

por situação clínica, são sinalizadas por outros serviços (como a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais e Neonatais Pediátricos (UCIENP) e a Obstetrícia) dada a presença de fatores sociais por esclarecer e que possam colocar em causa a segurança e proteção do menor.

O Serviço de Pediatria, devido às características da sua intervenção, ocupa uma posição privilegiada de proximidade das crianças/famílias, constituindo, um meio muitas vezes indispensável na deteção precoce de fatores de risco/perigo e de sinais de alarme, no menor e nas relações familiares.

Com uma filosofia baseada nos princípios da Carta da Criança Hospitalizada (Anexo V), o Serviço de Pediatria procura oferecer ao utente pediátrico *“um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança”* (IAC, 2000), reconhecendo à partida que *“os pais são os melhores cuidadores e que a hospitalização deve minimizar, tanto quanto possível, os efeitos da separação do RN/Criança/Adolescente do seu meio ambiente”* (Política do Departamento de Pediatria do HFF, 2011). Enquanto decorrer o internamento, devido a necessidade de tratamento e/ou esclarecimento da situação social, *“a intimidade de cada criança deve ser respeitada e (...) tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias”* (IAC, 2000). No mesmo processo, e sempre que possível, *“os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário (...) devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho”* (IAC, 2000).

Na promoção dos direitos e proteção do menor, procura-se assim, dar prevalência pela ação que visa integrar a criança na família, responsabilizando os pais pelos seus deveres e promovendo a participação da criança/cuidadores na definição das medidas adotadas.

Salvaguarda-se, no entanto, que sempre que necessário, e no âmbito do superior interesse da criança, cabe ao Estado *“garantir à criança cuidados adequados quando os pais, ou outras pessoas responsáveis por ela não tenham capacidade para o fazer”* (UNICEF, 1989). A família, tal como havia sido referido anteriormente, é responsável pela satisfação das necessidades primárias da criança, sendo que, somente, no momento em que a família revelar incapacidade para garantir e disponibilizar os meios necessários ao desenvolvimento do menor, caberá às entidades competentes, o assumir desse papel.

4. FOLHA DE RISCO

4.1. OBJETIVO

Promover mecanismos de proteção da criança, por meio da identificação precoce de fatores de risco e/ou perigo, em contexto de internamento hospitalar.

4.2. ÂMBITO

Reconhece-se juridicamente o conceito restrito de perigo definido pela legislação portuguesa atualmente em vigor. No entanto, o conceito vago de “risco”, abre lugar a interpretações subjetivas, razão pela qual, se verifica a necessidade de desenvolvimento de um instrumento padronizado que permita uma definição precisa e concreta das situações de crianças internadas, no Serviço de Pediatria do HFF, por risco/perigo social.

Para uma atuação precoce, da equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria na proteção das crianças internadas, torna-se imprescindível uma compreensão coerente e integrada das necessidades da criança e família/cuidadores, do seu contexto e da dinâmica do seu relacionamento.

Nesta medida, reconhece-se a importância de um instrumento de avaliação das crianças e jovens em risco e/ou perigo, constituída por um conjunto de elementos aceites de forma consensual, capaz de traduzir a real dimensão de cada caso, e de perspetivar estratégias de intervenção específicas e compatíveis com os interesses do menor.

De acordo, com a DGS

“ (...) o actual sistema de protecção focaliza a acção nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da Sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o art. 3º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma” (DGS, 2007).

Surge, nesta linha de pensamento, uma preocupação em dar resposta não somente às situações evidentes de perigo (maus-tratos físicos), como também aquelas que camufladas (atos de

negligência ou mau-trato psicológico) constituem igualmente atos de ofensa à integridade e desenvolvimento da criança.

Atualmente o Departamento de Pediatria, apresenta protocolos e procedimentos, que orientam o percurso e intervenção dos profissionais de saúde, aquando da admissão da criança suspeita ou vítima de maus-tratos. É dada, desta forma, resposta à situação de urgência, verificando-se uma lacuna, no que diz respeito, à aplicação de um formulário de avaliação das situações de menores que são internados por caso social. Dúvidas suscitadas na forma como é garantida a satisfação das necessidades primárias da criança, sua segurança e proteção constituem motivo para o internamento do menor.

Numa tentativa de dar resposta a estas situações, torna-se imperativo a aplicação da *“Folha de Risco”* (Anexo VI), como forma de avaliação do risco/perigo para a criança e que permitirá determinar um sentido e legitimar a intervenção para cada um dos casos, que inevitavelmente tem consequências importantes para a criança e suas famílias.

A aplicação deste instrumento, torna-se útil também na minimização da interferência e aplicação de juízos próprios, servindo como linha orientadora e objetiva de avaliação.

Os profissionais de saúde são aqueles que dada a natureza da sua intervenção, se encontram em posição privilegiada, de detetar os sinais e/ou sintomas de criança maltratada e de sinalizar a mesma situação.

O enfermeiro, com base no artigo nº 81 do Código Deontológico do Enfermeiro, no exercício da sua prática, tem o dever de *“salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”* (PORTUGAL, 1998). Competindo especificamente ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, através da implementação e gestão em parceria, de *“um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”*, pelo que *“diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009).

Ou seja, cabe ao enfermeiro, não só em consciência, mas também em ações respeitar e fazer respeitar a defesa dos direitos consagrados da criança, numa intervenção precoce promotora de proteção e preventiva de perigo.

Nesta medida, o grupo profissional dos enfermeiros é aquele que pelas características da sua atuação, encontra-se estatégicamente mais próximo do utente pediátrico, uma vez que a prestação direta e diária de cuidados lhe confere sensibilidade e um meio facilitador para a compreensão do comportamento e desenvolvimento do menor e da dinâmica

criança/cuidadores. A sua posição privilegiada permite-lhe um conhecimento mais profundo das suas situações concretas de vida, bem como uma comunicação mais estreita e personalizada, permitindo apreender a globalidade da situação da criança internada.

Esta proximidade permite por outro lado, um olhar dirigido para a evidência de sinais e/ou sintomas de risco/perigo na criança, permitindo distingui-los com maior facilidade, daqueles que poderão ser demasiado evidentes e que contudo não constituem situação de perigo para o menor.

Parte-se do pressuposto, que os enfermeiros, como elemento da equipa multidisciplinar, no desempenho das suas funções, apliquem o formulário desenvolvido, contribuindo para uma avaliação mais precisa do risco para a criança, numa melhoria da qualidade do processo de tomada de decisão pela equipa multidisciplinar.

4.3. POPULAÇÃO ALVO

Crianças internadas no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E., por risco/perigo social.

4.4. CONCEITOS-CHAVE

Para entendimento do formulário, apresentam-se conceitos essenciais à sua compreensão: “risco *versus* perigo”, “fatores de risco ou perigo” e “fatores de proteção”.

4.4.1. RISCO *versus* PERIGO

Neste ponto, importa fazer a distinção entre “risco” e “perigo”, uma vez que para ser possível intervir adequadamente em cada um dos contextos, é necessário validar conceitos e definir as fronteiras de cada um.

Estes são conceitos que se tocam, sendo que o primeiro se remete a um aspeto mais geral que o segundo. Depreende-se que o risco se remete a um perigo potencial, sendo que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona o surgimento de situações de perigo (DGS, 2007).

O **risco** consiste num perigo potencial ou eventual que se poderá apresentar, por exemplo, na forma de omissão dos pais ou responsáveis, na satisfação das necessidades básicas físicas ou afetivas da criança. É considerada como **criança em risco**, qualquer criança que “(...) *pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer de omissões e privações, que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afectiva*” (REIS, 2009).

O **perigo** surge quando o risco assume uma maior amplitude, como o perigo para a segurança, saúde, formação e educação, que pode não chegar a manifestar-se em dano efetivo (CPCJ, 2007). O perigo consistirá, desta forma, na *“eminência de concretização de uma ameaça, que coloca o indivíduo em situação limite de toda a sua integridade humana”* (REIS, 2009).

A legislação portuguesa (Nº2, Artº 3 da Lei 147/99, de 1 de Setembro) identifica claramente **crianças em perigo**, como sendo aquelas que se encontram nas seguintes situações:

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus-tratos físicos ou psíquicos ou 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 ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, ou representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Torna-se imprescindível atuar não só em situação de mau-trato instalado, removendo a criança da situação de perigo, como também intervir na prevenção de um ambiente familiar de risco.

4.4.2. FATORES DE RISCO OU PERIGO

A Direcção Geral de Saúde (DGS) determina, a existência de características específicas da criança e dos pais e/ou cuidadores, do sistema familiar e do contexto socio-cultural que poderão constituir-se como fatores de precipitação de risco ou perigo para a criança (DGS 2008, p.12):

- **Fatores de risco individuais da criança** - Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades; Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/responsáveis; Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar); Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais; Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares).
- **Fatores de risco individuais do cuidador** - Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem; Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicod dependências; Perturbação da saúde mental ou física (diversos handicaps);

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

- **Fatores de risco relacionados com a dinâmica familiar e institucional** – Vinculação insegura, problemas de comunicação e/ou défice no exercício das responsabilidades parentais; Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares - situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.; Défice de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável; Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio; Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas; Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o *bullying*.
- **Fatores de risco social e cultural** – Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal; Exaltação mediática da violência; Tolerância social para a educação através da punição física; Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar; Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar; Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade); Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

A gravidade da situação social é diretamente proporcional à acumulação dos fatores de risco, anteriormente citados. Importa salientar, que a avaliação desses fatores não deve ser desligada do contexto da situação, pois isoladamente podem não constituir fator de risco.

Tomemos como exemplo, uma família com antecedentes familiares de pobreza e com múltiplos problemas de origem fisiológica, psicológica e social, que nunca experimentou estabilidade financeira, e que tem vivido situações frequentes de crise e de desorganização. Esta é uma família considerada como vulnerável (STANHOPE e LANCASTER, 1999), pois é o conjunto de fatores que intervêm nesta família, que a tornam vulnerável, e que constituem fatores de risco à ocorrência de disfunção e conseqüentemente ao comprometimento nas respostas que a criança exige.

4.4.3. FATORES DE PROTEÇÃO

Com base nos fatores de risco identificados/validados, o enfermeiro deverá ter presente os fatores que conferem proteção à criança/família:

Fatores protetores na criança: Boa auto-estima, Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios; Capacidade de pedir ajuda; Forte vinculação com um dos progenitores; Relação afetiva securizante com adulto significativo; Competências adaptativas (resiliência); Estado geral saudável; Capacidade de empatia e de pro –atividade; Boas capacidades cognitivas (CPCJ, 2010).

Fatores protetores na família: Vinculação segura com a criança; Relação afetiva securizante da parte dos pais/cuidadores com um adulto significativo; Exercício efetivo das responsabilidades parentais; Estilos parentais adequados às necessidades da criança; Expectativas adequadas ao desenvolvimento e necessidades dos filhos; Interações positivas pais-filhos; Suporte conjugal; Capacidade de resolução dos problemas familiares; Disponibilidade emocional; Comunicação e expressão de afetos presente entre pais e filhos (CPCJ, 2010).

Fatores protetores no contexto social e cultural: Meio escolar integrador; Apoio social disponível; Grupos formais e informais de pares; Recursos adequados na comunidade; Comunidade com recursos de educação e saúde; Ocupação de tempos livres, etc. (CPCJ, 2010).

Estes fatores permitirão o reforço das defesas e proteção das barreiras familiares, no sentido da promoção da qualidade e bem-estar do agregado e inerentemente na garantia da proteção do menor face ao risco.

4.5. DESCRIÇÃO

O formulário delineado assenta no Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção em Situações de Risco e de Perigo, útil como instrumento de avaliação e diagnóstico dos diferentes contextos (Ilustração 2) (CPCJ 2010, p.30).

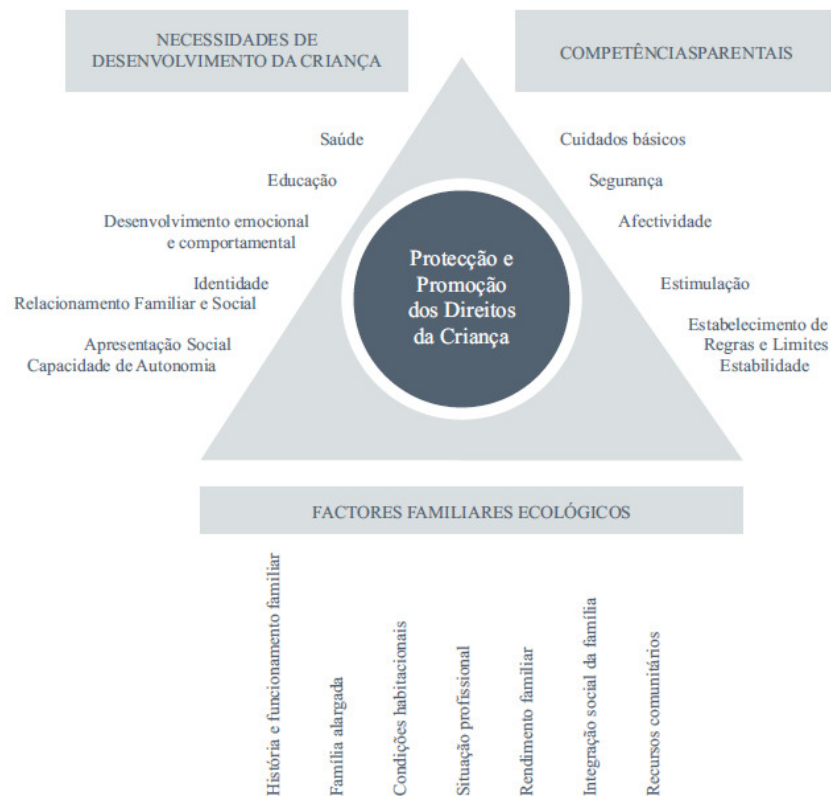


Ilustração 2 - Modelo Ecológico de Avaliação e Intervenção em Situações de Risco e de Perigo (Adaptado de CPCJ 2010,p.30; Fonte Original: Department of Health, Department for Education and Employment and the Home Office (2000) Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families.London: The Stationery Office).

Como se sabe, os maus tratos têm uma causa multifatorial, e que se traduz numa disfunção no sistema cuidadores-criança-ambiente, não resultante somente de uma psicopatologia dos pais/cuidadores, mas de um stress parental elevado, provocado por uma multiplicidade de fatores, como sejam: características individuais da criança, da família (pais/cuidadores) e do ambiente.

Interligados entre si e em interação constante, torna-se pertinente a avaliação particular de cada um, pois a sua compreensão permitirá compreender toda a extensão dos cuidados prestados pelos familiares/cuidadores ao menor, assim como a sua dinâmica interacional.

Os fatores familiares e ecológicos, já são obtidos atualmente sob a forma de Avaliação Inicial de Enfermagem, aquando da admissão da criança no Serviço de Pediatria, pelo que faz sentido o

formulário, se deter essencialmente na avaliação das necessidades específicas da criança e das competências parentais. (Anexo VI)

CONCLUSÃO

Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer, cabendo aos profissionais de saúde (nomeadamente aos enfermeiros) o papel fulcral, na deteção, alerta e avaliação precoce de situações de risco e/ou perigo para a criança ou jovem. Visa-se assim uma atuação fundamentada para atuar sobre situações de menores internados como casos sociais. A mobilização de esforços, na apresentação e posterior implementação de uma ficha de avaliação do risco/perigo, vai da necessidade da criação de um instrumento promotor da identificação e exploração das necessidades da criança e complexidade familiar.

Concluindo, a sua pertinência, advém da necessidade de apostar na qualidade e eficácia de atuação, com o intuito de otimizar a abordagem, no processo de identificação, avaliação e intervenção em situações com fatores de risco ou vulnerabilidade. Pretende-se contribuir assim para uma atuação precoce no seio da família, pela promoção de um ambiente promotor da parentalidade e das necessidades e direitos do menor.

BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-Tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. 162p. ISBN 972-796-220-3.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS [on-line]. GIEA. - Gestão Integrada de Escritórios Advogados, 2000 [acedido em 12/06/2012].

Disponível em http://www.giea.net/legislação.net/codigod/codigo_civil/direito_familia.htm

CÓDIGO PENAL - Lei nº 59/2007. **D.R. 1ª Série** 170 (4 de Setembro de 2007) 6181 – 6258.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Cartaxo – **Todos Somos Responsáveis**. Cartaxo: Câmara Municipal do Cartaxo, 2007. 24p.

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens**. Lisboa, 2011. 149p.

DGS (Direcção-Geral da Saúde) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. 79p.

HFF E.P.E. – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. [on-line], 2009 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.hff.min-saude.pt .

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Carta da Criança Hospitalizada**. Amadora, Outubro 2000. 14p.

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Declaração dos Direitos da Criança** [on-line]. IAC, 2012 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.iacrianca.pt.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Coimbra: Quarteto, 2005. 141p. ISBN 989-558-074-6.

POLÍTICA – PO.0032/D.DEF. – **Filosofia dos Cuidados Pediátricos**. Departamento de Pediatria, 28/06/2011.

PORTUGAL, Assembleia da República - **Lei nº 147/99, de 1 de Setembro** – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Diário da República, Lisboa, 1 de Setembro de 1999.

PORTUGAL, Assembleia da República – **Lei nº111/2009 de 16 de Setembro - Código Deontológico do Enfermeiro**. Diário da República, Lisboa, 16 de Setembro de 1998.

REIS, Vítor José Oliveira – **Crianças e Jovens em Risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2009, 472p.

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, 764p. ISBN 972-8383-74-6.

UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança** [on-line]. UNICEF, 1989 [acedido em 6/10/2012], 54 p. Disponível em www.unicef.pt/artigo.php.

ANEXO XIII

- FORMAÇÃO “MAUS-TRATOS À CRIANÇA” -



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

AUTORA: Joana Romeiro. ORGANIZAÇÃO: MIMP, Lúcia Soares.
Curso de Mestrado em Enfermagem de Nível Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
Amadora, Dezembro 2012

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

OBJETIVO GERAL:

- Promover mecanismos de proteção da criança, por meio da identificação precoce de fatores de risco e/ou perigo, em contexto de internamento hospitalar.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Definir conceito de criança/família;
- Definir maus-tratos;
- Identificar o papel do Hospital na assistência à criança em situação de risco/perigo;
- Identificar o papel do enfermeiro no internamento de crianças em situação de risco/perigo, no Serviço de Pediatria do HFF.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

CRIANÇA

"Todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo"

(Convenção dos Direitos da Criança - UNICEF, 1989)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

CRIANÇA

“Toda a criança gozará de protecção especial e deverão ser-lhe dadas oportunidades e facilidades através da lei e outros meios para o seu desenvolvimento psíquico, mental, espiritual e social num ambiente saudável e normal e em condições de liberdade e dignidade.”

(Declaração dos Direitos da Criança - IAC, 2010).



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FAMÍLIA

“Composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”.

(STANHOPE e LANCASTER, 1999)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FAMÍLIA

Assume a garantia da satisfação das necessidades:

- Físico-biológicas;
- Cognitivas;
- Socio-emocionais

(CPCJ, 2007)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FAMÍLIA

CÓDIGO CIVIL:

*“os filhos estão sujeitos ao poder paternal até à maioridade ou emancipação”
competindo aos pais “no interesse dos filhos,
velar pela segurança e saúde destes”*

(CÓDIGO CIVIL, 2000, Arts 1.677º e 1.678º)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FAMÍLIA

Deve surgir como um ambiente onde a criança se vê rodeada de amor, atenção, carinho e proteção, assim como um meio capaz de corresponder às exigências dos primeiros anos de vida.



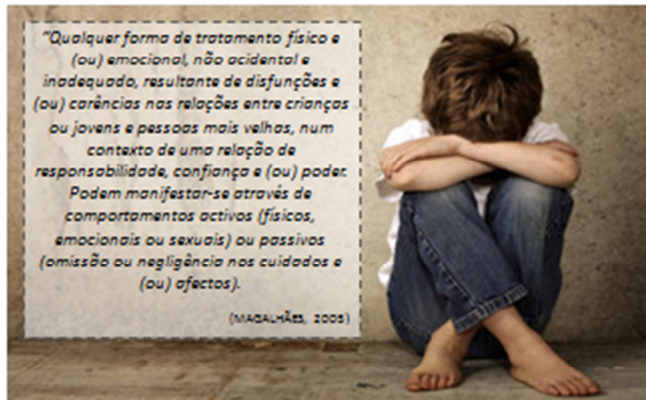
MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

"Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos).

(MAGALHÃES, 2005)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

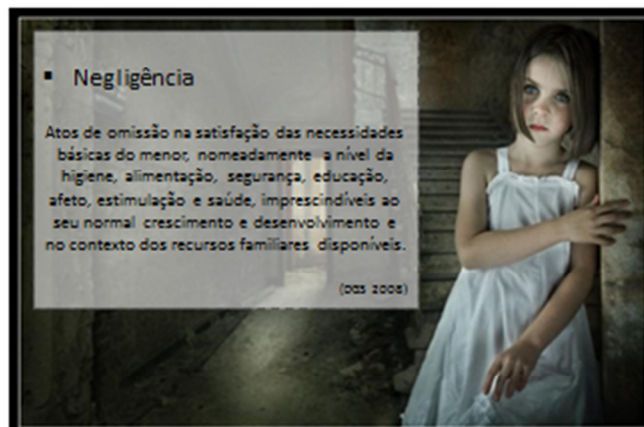
MAUS-TRATOS



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Negligência

- Higiene deficiente (eritema da fralda recorrente, sujidade acentuada, múltiplas picadas de inseto);
- Atraso do desenvolvimento físico;
- Acidentes frequentes por falta de supervisão;
- Absentismo escolar;
- Faltas persistentes dos pais no acompanhamento ou na procura de cuidados de saúde.

(MAGALHÃES, 2005)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Mau-trato físico

"Qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outras com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico."

(OAS, 2005)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Mau-trato físico

- Hematomas (golpes com objetos, esbofeteamento);
- Feridas (queimaduras);
- Fraturas (abaixo do 2 anos de idade);
- Lesões cerebrais (síndrome da criança abandonada).

(MAGALHÃES, 2005)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

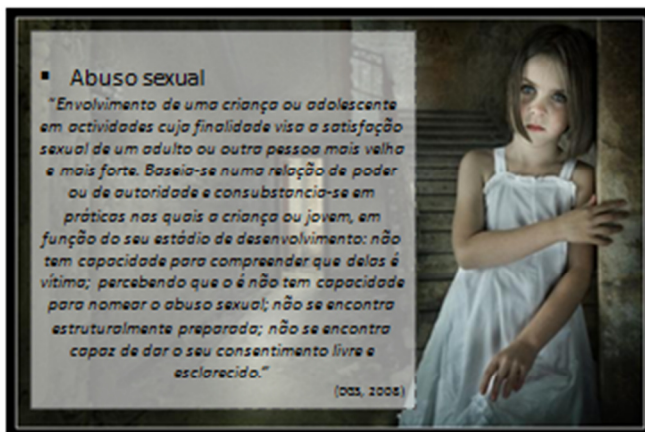
- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Abuso sexual

"Envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento: não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido."

(OAS, 2005)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Abuso Sexual

- Dor na região vaginal ou anal;
- Purido vulvar;
- Perturbações no relacionamento com outras crianças;
- Comportamentos sexualizados (brincadeiras ou desenhos de natureza sexual explícita);
- Perturbações emocionais (depressão, auto-mutilação, ideação suicida);

(MAGALHÃES, 2009)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

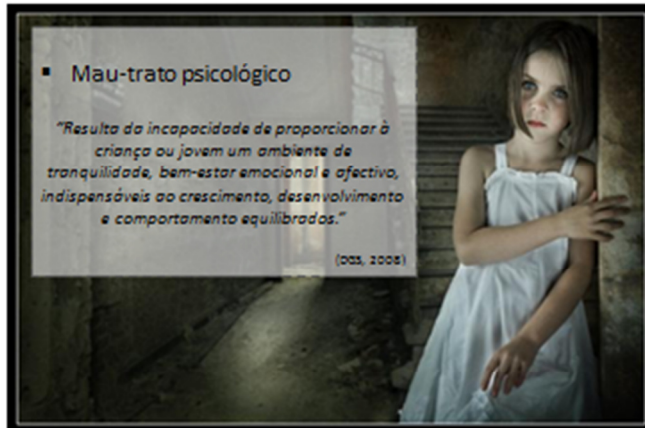
- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Mau-trato psicológico

"Resultado da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados."

(OAS, 2009)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Mau-trato psicológico

- Anorexia, bulimia;
- Gaguz;
- Enurese;
- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Déficit na capacidade para brincar;
- Agressividade;
- Delinquência;
- Fugas de casa;
- Alterações frequentes de humor;

(MAGALHÃES, 2009)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

MAUS-TRATOS

▪ Síndrome de Munchausen por procuração

"Atribuição à criança, por parte de um elemento da família (...) de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas."

(OAS, 2008)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

HOSPITAL

Níveis de atuação
Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº147/99, de 1 de Setembro)



Tribunais


CPCJ

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (Associações, Autarquias, Educação, Entidades Policiais, IPSS, ONG, Segurança Social, Serviços de Saúde, entre outros)

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



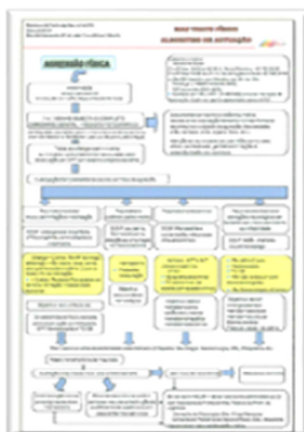
Reconhece a *“criança como um ser único, vulnerável e com quadro de valores próprios.”*

(Polícia do Departamento de Pediatria do HFF, 2011)

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

SERVIÇO PEDIATRIA

Sucessivos internamentos de crianças não só decorrentes de maus-trato evidente, como também para esclarecimento e avaliação do menor e do seu contexto familiar.



CASOS SOCIAIS

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

SERVIÇO DE PEDIATRIA



Procura oferecer ao utente pediátrico:

“um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.”

(AC, 2000)

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

O dever de salvaguardar os valores humanos, nomeadamente *“salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”*.

(PORTUGAL, 1998)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO SERVIÇO DE PEDIATRIA

“Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”.

(CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009)



MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

- Promoção do desenvolvimento das competências parentais no cuidar da criança, de forma individual e/ou em grupo (“Á Conversa com os Pais”).

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



PREVENÇÃO SECUNDÁRIA :

- Identificação de características da criança, expectativas/percepções dos cuidadores e do sistema familiar que podem constituir fatores de proteção e/ou fatores de risco para maus-tratos (DGS, 2008);
- Promoção do desenvolvimento das competências parentais, nomeadamente aquelas que constituem fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos;
- Manutenção de atitude ativa e positiva na recolha de informação e no apoio aos pais/cuidadores;
- Articulação com equipa multidisciplinar no acompanhamento da criança/família;
- Referenciação para UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário).

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



PREVENÇÃO TERCIÁRIA:

- Formação profissional específica, na área dos maus-tratos;
- Identificação de indicadores de maus-tratos à criança (sinais e/ou sintomas de negligência, mau-trato físico, abuso sexual, mau-trato psicológico, Síndrome de Munchausen por procuração);
- Sinalização das situações detetadas à equipa de saúde/NHACJR (Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco);
- Valorização da atitude dos familiares/cuidadores/criança durante o processo de diagnóstico (colaboração, evitação e veracidade da informação);
- Colaboração no cumprimento de PIAF (Plano de Intervenção de Apoio à Família) delineado em parceria entre família e equipa multidisciplinar/NHACJR (DGS, 2008);
- Promoção de um ambiente calmo, isento de juízos de valor e promotor do brincar adequado ao desenvolvimento e comunicação da criança.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

```

graph TD
    A(Criança) --> B(Maus-tratos)
    B --> C(Indicações)
    C --> D(Consequência a longo prazo)
    E[FOLHA DE RISCO] --> B
            
```

CASOS SOCIAIS

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

POPULAÇÃO ALVO:

Crianças internadas por Caso Social no Serviço de Pediatria, do HFF EPE.

PERMITE:

- Identificação da Criança;
- Estrutura Familiar;
- Internamento;
- Registos.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

- Nome;
- Data de nascimento;
- Etnia;
- Local de nascimento;
- Motivo de internamento.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



ESTRUTURA FAMILIAR:

- Pai/mãe e/ou outro cuidador com responsabilidade parental;
- Nome;
- Idade;
- Habilitações literárias;
- Profissão;
- Antecedentes de saúde;
- Área geográfica de residência;
- Tipo de residência;
- Tipo de estrutura familiar;
- Quem coabita com a criança;
- Onde a criança fica durante o dia, e quem acompanha;
- Características do contexto familiar que podem ser potenciadores de contextos de risco.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FOLHA DE RISCO



AValiação das Crianças Internadas no Serviço de Pediatria por Caso Social

INTERNAMENTO:

- Avaliação da criança;
- Acompanhante no internamento;
- Avaliação das competências parentais;
- Registos.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -

FOLHA DE RISCO



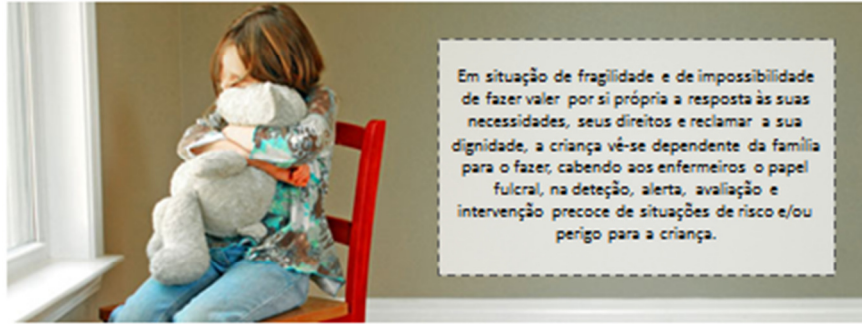
AValiação das Crianças Internadas no Serviço de Pediatria por Caso Social

INTERNAMENTO:

- Avaliação da criança
 - Saúde
 - Educação
 - Desenvolvimento emocional e comportamental
 - Identidade social
 - Relacionamento familiar e social;
- Acompanhante no internamento;
- Avaliação das competências parentais
 - Saúde
 - Educação
 - Desenvolvimento emocional e comportamental
 - Identidade social
 - Relacionamento familiar e social;
- Registos.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer, cabendo aos enfermeiros o papel fulcral, na deteção, alerta, avaliação e intervenção precoce de situações de risco e/ou perigo para a criança.

MAUS-TRATOS À CRIANÇA


- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



OBRIGADO

ANEXO XIV

- PROCEDIMENTO HOSPITALAR -

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação do risco/perigo nas crianças internadas por Caso Social		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Pediatria		ABCDE	0000	00

1. Objectivo

Promover mecanismos de proteção da criança, por meio da avaliação de fatores de risco e/ou perigo, em contexto de internamento no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E.

2. Âmbito

Equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria (destina-se a ser aplicado por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social)

3. Definições e Siglas


Risco: perigo potencial ou eventual que se poderá apresentar, por exemplo, na forma de omissão dos pais ou responsáveis, na satisfação das necessidades básicas físicas ou afetivas da criança. (DGS, 2008)

Criança em risco, qualquer criança que *“pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer de omissões e privações, que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afectiva.”* (REIS, 2009)

Criança em perigo: consideram-se crianças em perigo, pela legislação portuguesa (Nº2, Artº 3 da Lei 147/99, de 1 de Setembro), aquelas que se encontram nas seguintes situações:

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus-tratos físicos ou psíquicos ou 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 ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	379 de 515
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação do risco/perigo nas crianças internadas por Caso Social		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Pediatria		ABCDE	0000	00

que os pais, ou representante legal ou quem tenha a guarda de fato se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Família : *“Composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”.* (STANHOPE e LANCASTER,1999)

Maus-Tratos: *“Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos).* (MAGALHÃES, 2005)


Negligência: Atos de omissão na satisfação das necessidades básicas do menor, nomeadamente a nível da higiene, alimentação, segurança, educação, afeto, estimulação e saúde, imprescindíveis ao seu normal crescimento e desenvolvimento e no contexto dos recursos familiares disponíveis.(DGS, 2008)

Mau-Trato físico: *“Qualquer acção não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.”* (DGS, 2008)

Abuso sexual: *“Envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento: não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.”* (DGS, 2008)

Mau-trato psicológico: *“Resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.”* (DGS, 2008)

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	380 de 515
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação do risco/perigo nas crianças internadas por Caso Social		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Pediatria		ABCDE	0000	00

4. Descrição

A “Folha de Risco” destina-se a ser preenchida pela equipa multidisciplinar durante o tempo de permanência da criança internada por Caso Social, no Serviço de Pediatria do HFF E.P.E. Durante esse período, podem ser acrescentados dados que sejam pertinentes para a avaliação do risco/perigo para o utente pediátrico. O seu registo é efetuado por meio do sistema informático Soarian, que apresenta uma avaliação especificamente desenhada para os casos sociais. O mesmo registo encontra-se dividido em quatro partes, que deverão ser preenchidos integralmente:

Identificação da criança internada: onde é feita uma breve identificação da criança, nomeadamente (nome, data de nascimento, etnia, local de nascimento e motivo de internamento);

Estrutura familiar: onde se procede à recolha de informação sumária em relação: à mãe, pai e/ou outro cuidador com responsabilidade parental; identificada a área geográfica e tipo de residência; o tipo de estrutura familiar; quem coabita com a criança; onde a criança fica durante o dia; e são identificadas características do contexto familiar que podem ser potenciadores de contextos de risco.

Internamento: este sector destina-se à colheita de dados observáveis, nomeadamente: avaliação da criança (a nível da saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade social e relacionamento familiar e social); identificação do acompanhante no internamento da criança; e avaliação das competências parentais (na capacidade de satisfação das necessidades do menor a nível da saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, identidade social e relacionamento familiar e social).

Registos: espaço que se destina ao registo da observação que cada um dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social), faz da situação social da criança internada.

5. Documentos Relacionados

Avaliação Soarian – Folha de Risco.

Avaliação Soarian – Avaliação Inicial de Enfermagem.


Avaliação Soarian – Protocolo de Urgência da Criança Maltratada.

Avaliação Soarian – Procedimento de Admissão da Criança Vítima/Suspeita de Maus Tratos.

Algoritmo de Actuação do NHACJR.

Estatutos do NHACJR do HFF EP.E.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	381 de 515
	Assinatura		Assinatura		

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento.NºAplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação do risco/perigo nas crianças internadas por Caso Social		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Pediatria		ABCDE	0000	00

6. Referências de Suporte

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS [on-line]. GIEA. - Gestão Integrada de Escritórios Advogados, 2000 [acedido em 12/06/2012].

Disponível em http://www.giea.net/legislação.net/codigod/codigo_civil/direito_familia.htm

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

DGS (Direcção-Geral da Saúde) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. 79p.

HFF E.P.E. – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. [on-line], 2009 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.hff.min-saude.pt.

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Carta da Criança Hospitalizada**. Amadora, Outubro 2000. 14p.

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Declaração dos Direitos da Criança** [on-line]. IAC, 2012 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.iacrianca.pt.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Coimbra: Quarteto, 2005. 141p. ISBN 989-558-074-6.

POLÍTICA – PO.0032/D.DEP. – **Filosofia dos Cuidados Pediátricos**. Departamento de Pediatria, 28/06/2011.

PORTUGAL, Assembleia da República - **Lei nº 147/99, de 1 de Setembro** – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Diário da República, Lisboa, 1 de Setembro de 1999.

REIS, Vítor José Oliveira – **Crianças e Jovens em Risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2009, 472p.

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança** [on-line]. UNICEF, 1989 [acedido em 6/10/2012], 54 p. Disponível em www.unicef.pt/artigo.php.

7. Observações

Não aplicável.

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	382 de 515
	Assinatura		Assinatura		

ANEXO XV

**- POSTER: “MAUS-TRATOS À CRIANÇA
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE
PEDIATRIA -**

MAUS-TRATOS À CRIANÇA

- Abordagem do Enfermeiro no Serviço de Pediatria -



Os maus-tratos constituem uma problemática atual e com consequências irreversíveis no desenvolvimento bio-psico-social da criança. O seu surgimento e perpetuação no seio familiar, ocorre muitas vezes de forma silenciosa, onde a criança vítima se vê envolvida numa teia emocional complexa.

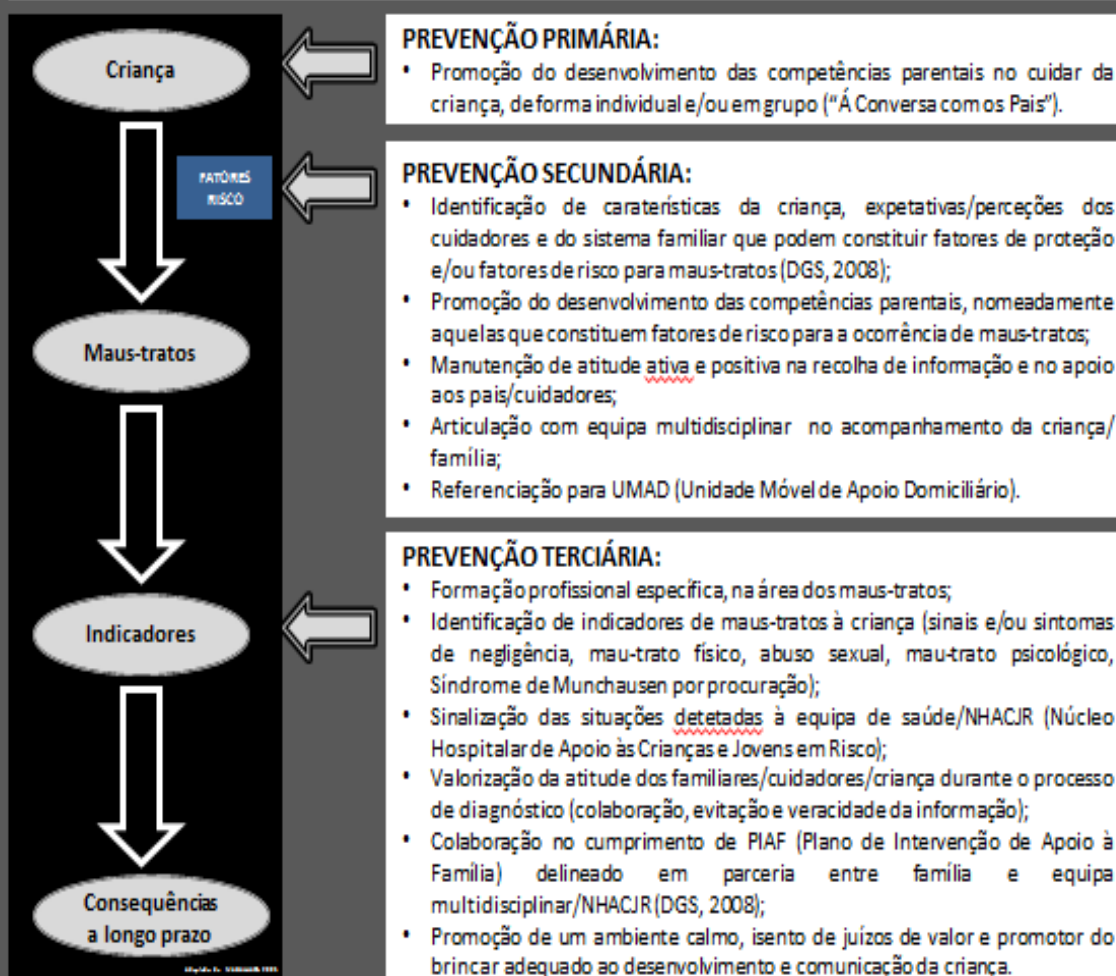


MAUS-TRATOS:

"Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade." (MAGALHÃES, 2005)

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO (ARTIGO Nº81):

No exercício da sua prática, o Enfermeiro assume o dever de salvaguardar os valores humanos, nomeadamente "salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso". (PORTUGAL, 1998)



Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer, cabendo aos enfermeiros o papel fulcral, na deteção, alerta, avaliação e intervenção precoce de situações de risco e/ou perigo para a criança.



Associação Portuguesa de Enfermeiros
Rua do Comércio, 100 - 1200-000 Lisboa
Tel: 213 600 000 - Fax: 213 600 001 - Email: apen@apen.pt

Unidade Móvel de Apoio Domiciliário
Rua do Comércio, 100 - 1200-000 Lisboa
Tel: 213 600 000 - Fax: 213 600 001 - Email: umad@apen.pt



ANEXO XVI

- POSTER -

“DIA INTERNACIONAL DA PREMATURIDADE”



17 DE NOVEMBRO DIA INTERNACIONAL DA PREMATURIDADE

ENTRE 1996 E 2012 foram atendidos 2610 RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS, na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN), DO HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA E.P.E.



IDADE GESTACIONAL dos prematuros internados na UCIEN



IDADE MÍNIMA: 23 semanas

IDADE MÁXIMA: 36 semanas



PESO dos prematuros internados na UCIEN



PESO MÍNIMO: 490 gramas

PESO MÁXIMO: 3000 gramas



ANEXO XVII

**- “MANUAL DE APOIO E RECURSOS DA
COMUNIDADE” -**



**MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE
NA PROTEÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO**





UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E ESPECIAIS NEONATAIS (UCIEN)

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

Na Proteção do Recém-Nascido de Risco

Joana Marques Romeiro

[Trabalho desenvolvido na sequência do Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica de Lisboa, que decorreu de 12 de Novembro a 7 de Dezembro de 2012, na UCIEN, do Hospital Professor. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E., sob orientação da Sra. Enf^a Ribeiro da Silva, Sra. Enf^a Ana Luísa Cunha e Sra. Enf^a Margarita Lopez.]

AMADORA, NOVEMBRO DE 2012

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	4
1 O RECÉM-NASCIDO	6
2 A FAMÍLIA	8
3. A TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS	11
4 FATORES DE RISCO/PERIGO NO RN	16
5 O PAPEL DA UCIEEN NA PROTEÇÃO DO RN	23
6 O PAPEL DO ENFERMEIRO DA UCIEEN NA PROTEÇÃO DO RN	25
7 A PROMOÇÃO DOS RECURSOS DA COMUNIDADE.....	28
CONCLUSÃO	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS - Direcção Geral de Saúde

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

ECMIJ - Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude

HFF - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

IAC- Instituto de Apoio à Criança

RN – Recém-nascido

UCIEN - Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

UMAD – Unidade de Apoio ao Domicílio

INTRODUÇÃO

As crianças encontram habitualmente no seu contexto familiar, a proteção e a segurança necessárias para dar resposta às suas exigências (físicas, psicológicas, afetivas e sociais). Em situação de fragilidade e de incapacidade de fazer valer por si própria os seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer.

Os pais assumem normalmente a responsabilidade de prestar os cuidados adequados ao filho, na defesa do seu bem-estar e da sua segurança. No entanto, a escassez de recursos, nomeadamente limitações económicas, socio-culturais, défices pessoais e emocionais, ou stress parental, podem interferir com a capacidade da família para fazer face às necessidades do menor. Esta situação poderá interferir e prejudicar a capacidade dos pais, enquanto agentes protetores, contribuindo para o surgimento de contextos de risco e/ou perigo de mau-trato à criança.

O crescente reconhecimento social desta problemática, como sendo atual e insidiosa, conduziu à necessidade de um salto, na qualidade da garantia dos direitos básicos do menor. Deste é exemplo, o desenvolvimento de respostas a nível regional e nacional, numa variedade de programas e recursos comunitários, que visam a prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos.

É nesta perspetiva que surge o presente Manual, na prossecução do seu objetivo fundamental de promoção de mecanismos de proteção do recém-nascido (RN) de risco, pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais (UCIEN) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) E.P.E. Surge como um instrumento promotor do desenvolvimento das competências parentais e capacitação dos pais/cuidadores no cuidado ao RN, facilitador do acesso aos recursos e apoios comunitários atualmente existentes. Procura-se, assim, a concretização do direito de cada criança, sobretudo as mais vulneráveis, em crescer num ambiente familiar favorável ao seu bem-estar, livre de risco e/ou perigo, através da adaptação das respostas e/ou apoios existentes na sociedade, mais adequados a cada situação.

A metodologia adotada para a elaboração deste trabalho, baseou-se na observação e inclusão dos contributos e experiência prática dos enfermeiros que exercem funções na UCIEN do HFF E.P.E. Recorreu-se ainda a uma revisão bibliográfica, mais especificamente, da legislação portuguesa atualmente em vigor, e de uma variedade de documentos técnicos já existentes e orientadores para a intervenção na família e em crianças em risco.

Para facilitar a sua leitura, o trabalho foi estruturado em seis partes, onde cada uma delas apresenta um aprofundamento técnico, baseado em aspetos teóricos com a finalidade de facilitar e enquadrar a intervenção dos enfermeiros a quem este se dirige.

A primeira, focaliza-se na definição e enquadramento do RN, uma vez que este é o alvo primário dos cuidados da equipa de saúde da UCIEN. É ao RN que é direccionado o presente trabalho, visando a garantia dos seus direitos consagrados como Criança, no sentido da sua proteção e bem-estar no seio familiar.

Na segunda parte, é feita uma breve abordagem à família, dada a necessidade de contextualização do menor no seu ambiente e às suas obrigações enquanto defensora da garantia dos direitos da criança.

A tipologia dos maus-tratos, surge como a terceira parte do manual, na medida em que são justificadas as suas intenções de atuar num sentido preventivo do mau-trato na criança recém-nascida que pelas suas características específicas se encontra mais susceptível e vulnerável ao risco/perigo.

De seguida, prossegue-se com a definição de fatores de risco/perigo dos quais o menor é alvo, para que na quinta e sexta parte do manual seja feita respetivamente uma abordagem ao papel da UCIEN e do enfermeiro na defesa dos direitos dos neonatos internados.

A promoção dos recursos da comunidade, surge, desta forma, como o culminar de uma atuação preventiva do risco, onde a apresentação de uma lista, vai permitir aos enfermeiros a consciencialização dos recursos à disposição, e sua divulgação, sempre que pertinente e de forma individualizada às famílias. Esta tem como finalidade última a capacitação dos pais/cuidadores na sua independência no cuidar de forma adequada da criança recém-nascida.

1. O RECÉM-NASCIDO

O Manual, tal como foi delineado, visa a criança recém-nascida (dos 0 aos 28 dias de vida), nomeadamente aquelas que são recebidas e internadas na UCIEN do HFF EPE. Neste ponto, importa salientar que constitui uma faixa etária com características distintas de desenvolvimento e que difere das restantes faixas etárias, no grau de dependência em relação a outrem e na satisfação das suas necessidades: físico-biológicas (alimentação, higiene, vestuário, sono, atividade física, proteção de riscos reais e saúde), cognitivas (estimulação sensorial, estimulação física e socialização, compreensão da realidade física e social), e socio-emocionais (segurança emocional, expressão emocional, rede de relações sociais, participação e autonomia progressiva, sexualidade e interação) (CPCJ, 2008). Pela sua imaturidade de desenvolvimento, o RN, é incapaz de satisfazer por si próprio as suas necessidades e consequentemente incapaz de assegurar a própria sobrevivência, estando inteiramente dependente dos pais e/ou cuidadores.

Nesta fase, é de extrema importância a relação da díade mãe-filho. A qualidade desta interação e vinculação vai determinar a organização, a forma de agir e reagir do bebé, assim como a maneira como apreende os estímulos e interpreta o ambiente que o rodeia.

À semelhança de qualquer outra criança, é reconhecido o RN, como sujeito detentor de direitos e alvo de proteção, no que diz respeito a: não discriminação, independentemente do sexo, raça, cor, cultura ou religião (Artigo 2); o interesse superior da criança (Artigo 3); direito à vida (sobrevivência e desenvolvimento), ao nome e nacionalidade, proteção da identidade, e direito a não ser separada dos pais (Artigos 6, 7, 8 e 9, respectivamente); proteção contra maus-tratos e negligência (Artigo 19); direito a proteção enquanto privada do seu meio familiar, e direito à adoção (Artigos 20 e 21); proteção e cuidados especiais a crianças refugiadas e deficientes; (Artigos 22 e 23); direito à saúde e serviços médicos (Artigo 24); direito à educação (Artigo 28); direito ao lazer, atividades recreativas e culturais (Artigo 31); proteção contra a venda, o tráfico ou o rapto (Artigo 35); e proteção contra tortura e privação de liberdade (Artigo 37) (UNICEF, 1989).

Salvaguardado o superior interesse da criança, pelo sistema jurídico português é preconizado, de acordo com, o Princípio 2º da Declaração dos Direitos da Criança, que *“toda a criança gozará de protecção especial e deverão ser-lhe dadas oportunidades e facilidades através da lei e outros meios para o seu desenvolvimento psíquico, mental, espiritual e social num ambiente saudável e normal e em condições de liberdade e dignidade”* (IAC, 2010).

Neste contexto, e dada a fragilidade deste período específico de vida, o RN, constitui um alvo prioritário e que justifica uma especial atenção e disponibilidade dos cuidadores e profissionais de saúde (nomeadamente dos enfermeiros) na sua assistência. Esta intervenção toma uma dimensão superior, no que diz respeito, aos neonatos, pelo fato de constituírem pelas suas características e condições clínicas de saúde, uma população com uma exigência superior de cuidados e necessidades específicas.

2. A FAMÍLIA

Indissociável do RN, encontra-se o seio familiar, onde é gerado, cresce e se constrói como indivíduo ativo da sociedade. Para se poder compreender a criança, é assim necessário compreender também a família.

A família, é segundo STANHOPE e LANCASTER (1999) , parafraseando Johnson *“composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida, residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns e partilhando entre si e com outros certas obrigações”*. Depreende-se, que a família constitui um grupo, que é composto por dois ou mais elementos onde cada um contribui de forma própria (por características individuais), encontrando-se empenhados e comprometidos numa interação e influência mútua, que gera respostas não só entre si mas também ao sistema mais geral (ambiente/comunidade/sociedade) em que se inserem. Pode-se dizer que à semelhança da conhecida frase *“o todo é mais do que a soma das suas partes”*, paralelamente o todo familiar constitui mais do que a soma de todos os seus elementos. Constitui um meio onde ocorre o processo de socialização dos membros através do desempenho de papéis (indispensável à vida e interação social), e do contato com as normas sociais e culturais.

A família era, tradicionalmente, definida com base na família nuclear, constituída pela mãe, pai e filhos pequenos. O casal permanecia junto ao longo das diferentes fases do ciclo de vida e eram monógamos. A forma, como era feita a distribuição dos papéis e expectativas respondia a uma norma, onde por exemplo, as crianças iam para a escola e o pai ia trabalhar todos os dias constituindo o meio de subsistência económica. Ao longo dos tempos, esta estrutura de família nuclear sofreu mutações observando-se atualmente vários tipos de estruturas, diferentes da tradicional (Ilustração 1).

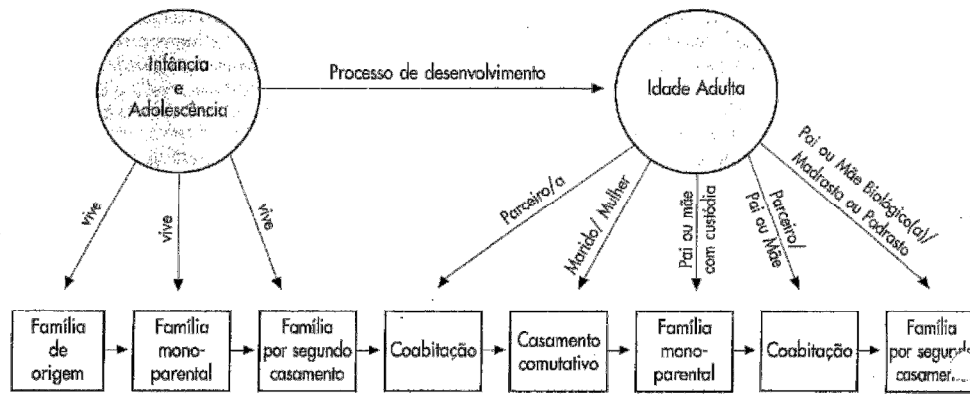


Ilustração 1 – Percurso Familiar de um Indivíduo (Adaptado de STANHOPE e LANCASTER 1999, p. 497).

Independentemente da estrutura familiar, cada elemento do agregado, ocupa uma determinada posição ou estatuto, que por sua vez acarreta determinadas tarefas. Habitualmente os adultos da família assumem os papéis de: socialização e cuidados à criança, papel de suporte familiar, papel de encarregado/a dos assuntos domésticos, papel de manutenção das relações familiares, papel terapêutico e papel recreativo (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Importa salientar a função básica da família na proteção da saúde da criança e dos seus elementos, através da criação de condições adequadas ao seu desenvolvimento biológico, físico, psicológico e social. Cada agregado desenvolve um sistema de crenças, pressupostos e atitudes face à saúde e doença, culturalmente definidos, e que são perpetuados pelos seus elementos à geração seguinte. Das funções e tarefas de saúde pelas quais, a família, é responsável destacam-se:

- Assegurar alimentação;
- Abrigo e vestuário adequados;
- Manutenção do ambiente físico domiciliário favorável à saúde;
- Manutenção do ambiente psicossocial domiciliário favorável à saúde;
- Assegurar os recursos de manutenção de higiene pessoal;
- Assegurar as respostas às necessidades espirituais;
- Educação para a saúde;
- Promoção da saúde;
- Tomada de decisões em situação de saúde-doença;
- Reconhecimento de ruturas de desenvolvimento;
- Reconhecimento de ruturas da saúde, recurso aos cuidados em situação de doença;
- Primeiros socorros;
- Supervisão de medicação;

- Cuidados de saúde (a curto e longo prazo);
- Cuidados de reabilitação;
- Envolvimento na saúde da comunidade (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Entende-se assim, que os pais são os responsáveis pela criança, e que devem no superior interesse dos filhos, zelar pelo seu bem-estar a todos os níveis. Á luz do Código Civil, atualmente em vigor, “os filhos estão sujeitos ao poder paternal até à maioridade ou emancipação” (CÓDIGO CIVIL, 2000: Artº 1877º), competindo aos pais “no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes” (CÓDIGO CIVIL, 2000, Artº 1878º: nº1). Desta forma, “(...)normalmente os pais prestam os cuidados adequados aos filhos, proporcionam-lhes formação integral e oferecem-lhes relações securizantes a partir das quais a criança pode desenvolver uma visão positiva de si mesma e das pessoas que a rodeiam” (CPCJ, 2007).

O seio familiar deve surgir como um ambiente onde a criança se vê rodeada de amor, atenção, carinho e proteção, assim como um meio capaz de corresponder às exigências dos primeiros anos de vida. Destacando-se que, a criança recém-nascida, decorrente da sua imaturidade, manifesta do seu estadio de desenvolvimento, é aquela que apresenta um grau de dependência maior em relação à satisfação das suas exigências pela família.

A resposta adequada às necessidades básicas do RN, estabelecem o limite entre o cuidado e o mau-trato, constituindo a base para determinar a segurança e o bem-estar do menor.

3. A TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS

Os maus-tratos constituem uma problemática complexa e multicausal, com consequências graves e irreversíveis no desenvolvimento físico, cognitivo, afetivo e social da criança.

O conceito de “maus-tratos”, é um conceito que tem sofrido mutações, e cuja definição diverge entre grupos e culturas diferentes. São vários os estudiosos que se dedicaram a aprofundar as suas causas, no entanto, esta situação está ainda longe de ser totalmente compreendida. Todavia, é concordante o princípio, de que *“uma criança será sempre uma criança com as suas necessidades e interesses próprios, independentemente do lugar e cultura em que se insere e, deste modo, os acontecimentos que coloquem em causa ou violem as suas necessidades e interesses constituem maus-tratos”* (AZEVEDO e MAIA, 2006).

Segundo Magalhães (2005), os maus-tratos remetem-se a :

“(...) qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se através de comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e (ou) afectos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades, afectando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade.”

O comportamento maltratante poderá ser induzido ou provocado, em diferentes contextos, quer seja no seio familiar, quer seja por outras pessoas que convivem com o menor em qualquer outro âmbito, essencialmente por pessoas que têm a responsabilidade da sua educação ou cuidados. O enraizamento cultural dos comportamentos, levam o maltratante, na maioria das vezes, a considerar os seus atos justificáveis, uma vez, que estão convencidos de que o que fazem é necessário e admissível.

As crianças, especificamente, as mais novas, são aquelas que pela sua imaturidade se encontram mais dependentes e conseqüentemente exigem maior disponibilidade e tempo de presença de um adulto. Por tudo isto, por ser incapaz de se defender e de subsistir por si próprio, o RN torna-se num alvo mais vulnerável, à possibilidade de aplicação de comportamentos de negligência ou violência.

Hoje em dia, distinguem-se duas categorias: mau-trato por ação (abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico) e mau-trato por omissão (negligência física e psicológica). Esta distinção

atualmente usada, dá ênfase quer aos danos físicos diretamente observáveis, mas também a aspetos que fazem parte da esfera do invisível. Reconhece-se a permeabilidade da fronteira entre o físico e o emocional, verificando-se muitas vezes, em simultâneo, a presença de diferentes tipos de maus-tratos (AZEVEDO e MAIA, 2006).

No presente Manual e tendo em consideração a temática e a população a que se destina, importa enquadrar o tipo de mau-trato ao qual o RN está mais vulnerável. Parte-se, desta forma, para a análise da negligência, do mau-trato físico, do mau-trato emocional, da Síndrome de Munchausen, não esquecendo o mau-trato pré-natal.

3.1 NEGLIGÊNCIA

A negligência, ocorre quando o RN é alvo de comportamento omissivo dos pais/cuidadores na satisfação das suas necessidades básicas, nomeadamente, na garantia dos cuidados adequados de higiene, alimentação, segurança, educação, afeto, estimulação e saúde, imprescindíveis ao seu normal crescimento e desenvolvimento e no contexto dos recursos familiares disponíveis. Esta omissão poderá ser “ativa”, com intenção de provocar dano, ou poderá ser “passiva” por resultar da incapacidade parental manifesta em dar resposta adequada às exigências de cuidados ao filho (DGS, 2008).

A negligência emocional manifesta-se numa ausência de expressões ou sentimentos de amor, afeto pelo menor e na falta de interesse pelas reações emocionais da criança.

O facto, deste fenómeno ocorrer por omissão, torna-se menos visível, fácil de negar e conseqüentemente mais difícil de detetar. O abandono físico da criança constitui o grau extremo de negligência (AZEVEDO e MAIA, 2006).

A sua deteção deverá ter em conta alguns sinais e sintomas que poderão surgir quando a negligência, toma proporções regulares e prolongadas. Segundo a DGS (2011), destacam-se aspetos como: carência de higiene (tendo em consideração as normas culturais familiares), atraso de crescimento físico do RN; atraso de desenvolvimento de competências sociais (linguagem, motricidade, socialização); lesões conseqüentes de exposições climatéricas adversas por vestuário desadequado em relação à estação do ano; ausência de rotinas (de alimentação ou ciclo de sono/vigília); hematomas ou outras lesões inexplicadas por falta de supervisão; faltas persistentes dos pais no acompanhamento ou na procura de cuidados de saúde, que se refletem em:

- Faltas a consultas programadas;

- Incumprimento do Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil;
- Incumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- Ausência ou demora na procura dos serviços de saúde em caso de doença ou acidente do menor;
- Ausência de cuidados adequados ao RN com doença crónica (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas).

De acordo, com os últimos dados divulgados pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), em 2011, foi maior o número de situações de negligência (33,1%) detetadas comparativamente com os restantes tipos de maus-tratos. Correspondendo maioritariamente a uma negligência por falta de supervisão e acompanhamento familiar (42,1%) e negligência ao nível da saúde (19,2%) (CPCJ, 2011).

3.2 MAU-TRATO FÍSICO

O mau-trato físico é *“qualquer acção não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico”* (DGS, 2008).

Consiste num tipo de mau-trato na sua maioria facilmente identificável, por grande possibilidade de deixar sinais externos diretamente observáveis, e de lesões de tamanho variável, tal como equimoses, hematomas, feridas, fraturas, deslocações, alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação dos ossos do crânio. Outros exemplos são o síndrome da criança abanada, resultante de prática de sacudir e chocalhar o RN. No entanto, podem também ocorrer lesões não observáveis, e cuja identificação só ocorre por meio de exames auxiliares de diagnóstico, como o são, as fraturas de crânio, lesões cerebrais, traumatismos ou lesões abdominais internas.

Pelo que foi anteriormente dito, não é de estranhar que este tipo de situação seja aquela que é mais frequentemente detetada em urgência hospitalar, pela componente elevada de incidência de morbilidade, incapacidade e mortalidade, a ela associada (DGS, 2008).

3.3 MAU-TRATO EMOCIONAL

O mau-trato psicológico ou abuso emocional é aquele que *“resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados”* (DGS, 2008).

Consiste num ato intencional, que pode ser ativo ou passivo, dos pais, no reconhecimento e resposta às necessidades emocionais do filho.

A sua deteção isoladamente constitui uma tarefa difícil, dada a ausência de evidências diretas e físicas observáveis.

Nesta situação os pais/cuidadores apresentam comportamentos de precaridade de cuidados e rejeição afetiva face ao RN, como por exemplo: rejeitar, isolar, ignorar o menor com conseqüente compromisso, a longo prazo, no desenvolvimento emocional, intelectual e social da criança.

3.4 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

O Síndrome de Munchausen é definido como a *“atribuição à criança, por parte de um elemento da família (...) de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas”* (DGS, 2008).

Muitas vezes associada a uma patologia do foro psiquiátrico, que levam o cuidador, a recorrer com a criança aos serviços de saúde, com a manifestação de um quadro de doenças recorrentes inexplicáveis, e cujos sintomas normalmente desaparecem quando a criança é retirada do contexto familiar. A administração de uma droga/terapêutica com a finalidade de causar determinada sintomatologia, semi-sufocar a criança (numa simulação de crises de apneia), adicionar contaminantes bacterianos a amostras de urina do menor, são alguns exemplos de comportamentos caraterísticos deste síndrome.

3.5 MAUS-TRATOS PRÉ-NATAIS

Neste ponto, importa salientar o mau-trato pré-natal, como um mau-trato provocado à criança, enquanto feto, ainda in útero.

Este é definido como aquele em que a *“mãe gestante tem comportamentos de risco, negligência, abandono de cuidados físicos, entre outros, que influenciam negativamente a sua saúde e interferem no desenvolvimento adequado do feto”* (CPCJ, 2010). As conseqüências deste tipo de situação são, na sua maioria, evidenciados após o nascimento do RN, que apresenta alterações

no seu desenvolvimento (atraso no crescimento, síndromes de abstinência, alterações neurológicas, etc.), resultantes do consumo de substâncias aditivas ou da falta de cuidados da mãe durante a gravidez.

4. FATORES DE RISCO/PERIGO NO RN

Os maus-tratos ao RN resultam de uma conjugação de fatores que concorrem simultaneamente, que interagem entre si e que poderão ser, responsáveis ou não pela ocorrência de situações de risco e/ou perigo de mau-trato para o menor.

Neste ponto, importa fazer a distinção entre “risco” e “perigo”, uma vez que para ser possível intervir adequadamente em cada um dos contextos, é necessário validar conceitos e definir as fronteiras de cada um.

Estes são conceitos que se tocam, sendo que o primeiro se remete a um aspeto mais geral que o segundo. Depreende-se que o risco se remete a um perigo potencial, sendo que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona o surgimento de situações de perigo (DGS, 2008).

O **risco** consiste num perigo potencial ou eventual que se poderá apresentar, por exemplo, na forma de omissão dos pais ou responsáveis, na satisfação adequada das necessidades básicas físicas ou afetivas da criança. É considerada como **criança em risco**, qualquer criança que *“pelas suas características biológicas e/ou pelas características da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer de omissões e privações, que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afectiva”* (REIS, 2009).

O **perigo** surge quando o risco assume uma maior amplitude, como o perigo para a segurança, saúde, formação e educação, que pode não chegar a manifestar-se em dano efetivo (CPCJ, 2008). O perigo consistirá, desta forma, na *“eminência de concretização de uma ameaça, que coloca o indivíduo em situação limite de toda a sua integridade humana”* (REIS, 2009).

A legislação portuguesa (Nº2, Artº 3 da Lei 147/99, de 1 de Setembro) identifica claramente **crianças em perigo**, como sendo aquelas que se encontram nas seguintes situações:

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus-tratos físicos ou psíquicos ou 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 ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, ou representante legal ou quem tenha a guarda de fato se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Os fatores que potenciam a transformação de uma situação de risco para uma situação de perigo, são designados por **fatores de risco**, uma vez que constituem “*factores potenciadores da ocorrência ou manutenção dos maus-tratos*” (CPCJ 2010, p.29). Não deverão ser considerados por si só como sendo causa direta da ocorrência de mau-trato, mas cuja presença cria condições favoráveis para o seu surgimento.

A origem do comportamento maltratante, resulta de uma disfunção no sistema cuidadores-criança-ambiente, não resultante somente de uma psicopatologia dos pais/cuidadores, mas de um stress parental elevado, provocado por uma multiplicidade de fatores, como sejam: características individuais da criança, da família (pais/cuidadores) e do ambiente.

A Direcção Geral de Saúde (DGS, 2008) determina, a existência de características específicas que poderão constituir-se como fatores de precipitação de risco ou perigo para a criança, como sejam os:

- Fatores de risco individuais da criança;
- Fatores de risco individuais do cuidador/família;
- Fatores de risco social e cultural.

Tendo em conta os objetivos do presente Manual, interessa analisar especificamente cada um dos itens referidos, a fim de compreender o potencial e a influência de cada um, na potenciação do perigo para o bem-estar do RN.

4.1 FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS DA CRIANÇA

- Prematuridade e baixo peso ao nascer;
- Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais;
- Sexo ou aspeto físico do RN (quando não corresponde às expectativas familiares)(DGS, 2008).

Neste ponto, importa destacar que a prematuridade é considerada em si, pela DGS, como um fator de risco individual da criança, constituindo-se como uma influência no aumento da probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos (DGS, 2011). Tal fato, deve-se segundo LOUREIRO E FIGUEIREDO (2000), às circunstâncias que se seguem ao nascimento do prematuro e que poderão contribuir para o aumento do risco de cuidados menos adequados, incluindo maus-tratos à criança, por parte dos pais/cuidadores. Estas circunstâncias estão associadas a vários fatores, dos quais se destacam: comportamento do prematuro e seu efeito sobre os pais; expectativas dos pais/cuidadores em relação ao comportamento e aspeto do RN; e de aspetos decorrentes do internamento na UCIEEN que interferem com o estabelecimento de uma vinculação normal e adequada.

O prematuro pela sua imaturidade apresenta características à nascença que não o tornam disponível a uma interação adequada com os pais, na medida em que *“está menos desperto, é mais difícil de apaziguar, é mais débil e pode ser fisicamente menos atractivo, apresenta-se de forma mais passiva, é menos claro nos sinais relativos à sua disposição interactiva, oferece-se menos ao intercâmbio, tem um baixo limiar de tolerância à estimulação e dá menos respostas às iniciativas interactivas dos pais”* (LOUREIRO e FIGUEIREDO, 2000). Todos esses aspetos interferem negativamente com o estabelecimento de uma vinculação segura e adequada entre os pais e o bebé.

As expectativas parentais são contrariadas, não só pelo nascimento prematuro, como também pelo aspeto físico de uma criança, que não corresponde à idealizada.

Por outro lado, a ausência de contato precoce com o RN, resultado da sua condição frágil de saúde e por barreiras físicas decorrentes dessa situação (permanência em incubadora), são condições que inibem o contato dos pais/cuidadores com a criança. Todo esse contexto desperta nos pais sentimentos de angústia e culpa pelo facto de o filho se encontrar em perigo de vida. A ansiedade e depressão decorrentes das dificuldades em dar resposta às exigências adicionais de cuidados (por exemplo alimentares), assim como dificuldades em apaziguar o prematuro, podem-se tornar perturbadoras e induzir os pais/cuidadores a comportamentos de negligência ou mau-trato-físico do menor (LOUREIRO e FIGUEIREDO, 2000).

É ainda de salientar, que uma exigência superior de cuidados equivale a um aumento dos encargos financeiros familiares. Estes constituem um fator agravante quando surgem complicações de saúde na criança. Neste contexto, a família é confrontada com a necessidade de alterações das rotinas e outras readaptações que agravam os níveis de stress parental e as

relações intra e extra-familiares, com conseqüente repercussão a nível das expectativas (menos positivas) para com o RN.

Por tudo o que foi referido, a prematuridade contribui para potenciar o comportamento maltratante dos cuidadores, colocando o RN em risco acrescido. Justifica-se assim a pertinência de intervenção na população de neonatos prematuros atendidos na UCIEN, pelo seu potencial aumentado de risco de mau-trato.

4.2 FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS DO CUIDADOR

- Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências;
- Perturbação da saúde mental ou física (diversos handicaps);
- Antecedentes de comportamento desviante;
- Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima e perturbações emocionais e défice de auto-controlo, personalidade imatura e impulsiva;
- Antecedentes de vivência pessoal de maus-tratos;
- Gravidazes muito próximas e/ou gravidazes não vigiadas;
- Parentalidade em idade muito jovem;
- Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento do RN prematuro;
- Perturbações no processo de vinculação com o RN;
- Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade;
- Vinculação insegura, problemas de comunicação e/ou défice no exercício das responsabilidades parentais;
- Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares (situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.);
- Défice de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;
- Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar (relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio).

(DGS, 2008)

Os fatores acima descritos, são fatores de risco do próprio cuidador que poderão potencializar uma situação de comportamento maltratante para com o RN.

Desta forma, destaca-se a psicopatologia (ansiedade, depressão, etc.) do cuidador, como possível fator de origem do comportamento violento ou de sentimentos geradores de incapacidade ou percepção distorcida das necessidades da criança, capaz de comprometer a resposta adequada às mesmas (CPCJ, 2010).

Por outro lado, os problemas associados a perturbações aditivas (como sejam a toxicod dependência ou alcoolismo), impedem os cuidadores de se aperceberem das reais necessidades do filho/a e de as atenderem de forma adequada (CPCJ 2010,p.34).

Sabendo que é no seio familiar que a criança se desenvolve como indivíduo, aprende comportamentos e cria modelos de ação, numa criança que foi vítima de abuso familiar (mau trato físico ou psicológico ou negligência), surge uma ausência de modelos de comportamento adequados. Esta situação apresenta-se como fator predisponente para que essas crianças enquanto pais apresentem um modelo de comportamento semelhante, ou deficitário por carecerem de um modelo adequado (CPCJ, 2010).

A gravidez na adolescência constitui também um fator de risco pelo fato dos jovens, para além das tarefas de desenvolvimento habituais dos adolescentes, se verem confrontados prematuramente com o papel paternal e maternal e saída prematura do papel educacional. Surgem novas tarefas de desenvolvimento associadas à gravidez: *“(...)desenvolvimento de laços emocionais com o feto durante o primeiro trimestre, diferenciação entre a própria e o feto durante o terceiro trimestre, aceitação e determinação da relação com a mãe da mulher grávida, resolução de problemas de dependência em relação à mãe, e parceiro (se presente)(...)”* (STANHOPE e LANCASTER 1999, p.506). Se a adolescente decide ficar com o filho e permanecer no seu núcleo familiar original, ocorre uma mudança inevitável na estrutura dos papéis já existentes e desempenhados por cada membro da família, com necessidade de encontrar recursos que dêem resposta às novas necessidades.

A imaturidade dos pais, também eles ainda crianças, é comprometedora de uma vinculação adequada com o RN, e com a identificação das suas necessidades físicas e emocionais. Outra situação que pode surgir é a de os adolescentes permanecerem identificados com os seus grupos de pares e ignorarem os papéis parentais adultos, com conseqüente negligência dos cuidados ao filho/a. (STANHOPE e STANHOPE, 1999). A realização com sucesso, das novas tarefas, é imprescindível para uma boa adaptação ao papel de mãe/pai e para um ambiente saudável ao desenvolvimento da criança.

A inexperiência e a falta de conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento e crescimento do RN, poderão comprometer não só o processo de vinculação com o RN, como também a resposta às suas necessidades básicas físicas, afetivas e sociais. Esta poder-se-á traduzir assim numa negligência das responsabilidades parentais.

O desemprego, a pobreza e as condições laborais, são fatores causadores de insegurança, instabilidade e sentimentos de impotência e de tristeza no seio da família. Estas condições podem ser comprometedoras da resposta às necessidades da criança, uma vez que não existem recursos financeiros para satisfação das necessidades básicas (alimentação, vestuário, etc.) (CPCJ, 2010)

Quando se falam de contextos de crise, neste caso, falam-se em situações como o divórcio, separação ou morte de um dos elementos da família, que constituem momentos de crise familiar, e profunda reorganização da estrutura e papéis desempenhados pelos mesmos elementos. Esta mudança causa a necessidade de reorganização de papéis e funções, ocorrendo acumulação de papéis pelo mesmo adulto. A mãe solteira, pode ter de assumir as responsabilidades que eram assumidas pelo marido (exemplo: reparações domésticas ou sustento económico), enquanto que o pai pode ver a necessidade de assumir responsabilidades que eram habitualmente da mãe (exemplo: tarefas domésticas ou cuidar das crianças). Esta situação pode ser um problema, uma vez que numa família com crianças, a tarefa de cuidar e educar os filhos pequenos pode ficar comprometida, pois fica geralmente ao encargo de apenas um dos pais, que por vezes não dispõe de recursos suficientes para dar resposta a todas as tarefas que lhe são exigidas (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Por outro lado, as situações de desenraizamento cultural/social podem dar origem à carência de fontes de apoio e de informação, assim como de ausências de referências a nível afetivo e económico. A dificuldade de compreensão, por parte dos pais/cuidadores, da língua portuguesa (por terem uma naturalidade diferente da portuguesa), é também causadora de risco, pelo simples fato de, independentemente das suas capacidades cognitivas, a incapacidade de se expressar na língua portuguesa e conseqüentemente ser incapaz de comunicar as suas necessidades, não lhe permite uma mobilização dos recursos da comunidade de que necessita, para satisfazer as diferentes necessidades de cuidados de saúde dos filhos (CPCJ, 2010).

4.3 FATORES DE RISCO SOCIAL E CULTURAL

- Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;
- Exaltação mediática da violência;
- Tolerância social para a educação através da punição física;
- Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar;
- Persistência dos papéis tradicionais de gênero, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar;
- Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);
- Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

(DGS, 2008)

A gravidade da situação social é diretamente proporcional à acumulação dos fatores de risco, anteriormente citados. Importa salientar, que a avaliação desses fatores não deve ser desligada do contexto da situação, pois isoladamente podem não constituir fatores de risco.

Tomemos como exemplo, uma família com antecedentes familiares de pobreza e com múltiplos problemas de origem fisiológica, psicológica e social, que nunca experimentou estabilidade financeira, e que tem vivido situações frequentes de crises e de desorganização. Esta é uma família considerada como vulnerável (STANHOPE e LANCASTER, 1999), pois é o conjunto de fatores que intervêm nesta família, que a tornam vulnerável, e que constituem fatores de risco à ocorrência de disfunção e conseqüentemente ao comprometimento nas respostas que o RN exige.

5. O PAPEL DA UCIEEN NA PROTEÇÃO DO RN

A UCIEEN do HFF E.P.E., integra desde a sua inauguração a 1 de Junho de 1996, a filosofia dos cuidados pediátricos, na medida em que assume como missão “prestar cuidados de saúde hospitalares ao recém nascido, criança e adolescente/ família, no respeito pela criança hospitalizada, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formando profissionais de elevada qualidade e desenvolvendo a investigação em saúde” (HFF EPE, 2011). Na mesma medida, reconhece a “criança como um ser único, vulnerável e com quadro de valores próprios” (HFF EPE, 2011), procurando integrar a parceria de cuidados na assistência que dá ao RN em situação de risco de vida e sua família. Com utentes neonatais provenientes de serviços do próprio hospital (nomeadamente, Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia) e de outros hospitais, destaca-se a prematuridade no RN como sendo um dos principais fatores de admissão na UCIEEN (UCIEEN, 2010).

Na sua intervenção reconhece-se como Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), na medida em que atua segundo a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de Setembro) ao primeiro nível na proteção e promoção dos direitos da criança recém-nascida (Ilustração 2).

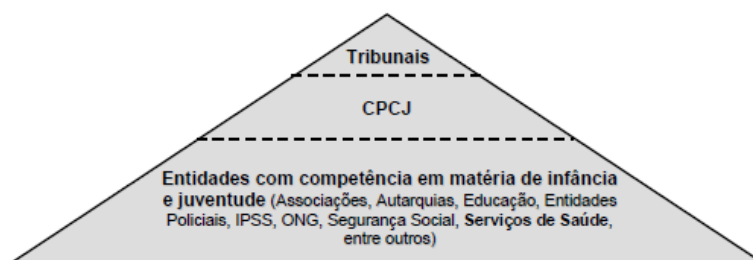


Ilustração 2 - Níveis de Intervenção (Adaptado de DGS, 2008)

A Unidade, devido às características da sua intervenção, ocupa uma posição de proximidade do RN/família, o que lhe confere uma visão privilegiada na deteção precoce de fatores de risco/perigo para o neonato.

Com uma filosofia baseada nos princípios da Carta da Criança Hospitalizada, procura oferecer ao utente neonatal “um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (IAC, 2000). No mesmo processo, “reconhece (a família) como uma constante na vida da criança e que os

sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e competência da família” (HFF EPE, 2011).

Desta forma, a UCIEN e os profissionais que nela exercem funções, procuram a aplicação de procedimentos e protocolos direcionados para o desenvolvimento de fatores protetores e preventores de risco para o RN, potencializando as forças e competências da família, por meio da sistematização dos ensinamentos de preparação para a alta, assim como com o Projeto UMAD (Unidade de Apoio ao Domicílio).

O presente Manual, procura complementar e reforçar a promoção dos direitos e proteção do menor, dando prevalência pela ação que visa integrar a criança na família, responsabilizando os pais pelos seus deveres e promovendo a estimulação da função parental, através da sua integração nos recursos comunitários. Este permitirá a acessibilidade aos serviços de apoio existentes, imprescindíveis para apoiar e encorajar os pais nos cuidados adequados que prestam ao RN.

6. O PAPEL DO ENFERMEIRO DA UCIEN NA PROTEÇÃO DO RN

O enfermeiro, com base no artigo nº 81 do Código Deontológico do Enfermeiro, no exercício da sua prática, tem o dever de *“salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso”* (PORTUGAL, 1998). Competindo especificamente ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, através da implementação e gestão em parceria, de *“um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”*, pelo que *“diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afectar a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009).

Ou seja, cabe ao enfermeiro, não só em consciência, mas também em ações respeitar e fazer respeitar a defesa dos direitos consagrados da criança, numa intervenção precoce promotora de proteção e preventiva de perigo.

Nesta medida, o grupo profissional dos enfermeiros da UCIEN, é aquele que pela natureza da sua atuação, encontra-se estrategicamente mais próximo do utente neonatal e sua família, uma vez, que a prestação direta e diária de cuidados lhe confere sensibilidade e um meio facilitador para a compreensão do comportamento e desenvolvimento do menor e da dinâmica RN/cuidadores. A sua posição privilegiada permite-lhe um conhecimento mais aprofundado das suas situações concretas de vida, bem como uma comunicação mais estreita e personalizada, que lhe permite apreender a globalidade da situação familiar.

Desta forma, os enfermeiros assistem não só o RN mas também a sua família, procurando ao longo do internamento, a prestação de cuidados diretos à criança e sua situação de doença, como procuram promover a transmissão de conhecimentos aos pais/cuidadores, na forma mais adequada de cuidar do filho. Numa procura de continuidade de cuidados de enfermagem, aplicam a folha de ensinamentos onde são validados aqueles que são considerados essenciais, nomeadamente na:

- Importância do aleitamento materno;
- Pega adequada e eficaz;
- Cuidados com as mamas;
- Conservação do leite materno;

- Alimentação artificial;
- Método canguru;
- Método de contenção do RN;
- Posicionar o RN;
- Medidas anti-refluxo;
- Mudar a fralda;
- Desinfecção do coto umbilical;
- Dar banho;
- Vestir o RN;
- Massagem abdominal no RN;
- Sono e repouso do RN;
- Prevenção de acidentes;
- Preparação de alimentação artificial e esterilização dos biberões e tetinas;
- Sinais de alerta no RN;
- Métodos de transporte;
- Vigilância da saúde infantil;
- Saídas e visitas.

Todos estes aspetos são abordados pelos enfermeiros da UCIEEN tendo em conta a preparação para a alta do RN, por forma a ajudar o menor e os seus pais/cuidadores na transição para o ambiente doméstico. Sendo que o RN, na sua maioria prematuros, se apresentam em situação de risco agravada, comparativamente a um RN de termo, tal como já havia sido anteriormente constatado, torna-se fundamental não só os ensinamentos aplicados e validados em contexto de saída da UCIEEN e posteriormente em contexto domiciliário (através da UMAD) como também a disponibilização de informação relativa aos recursos e apoios sociais.

A proximidade dos enfermeiros permite, um olhar dirigido para a evidência de fatores de risco/perigo, dos quais se salientam alguns exemplos, como a necessidade de fontes de apoio

para fazer face: às dificuldades económicas familiares na satisfação dos cuidados ao RN (de vestuário, alimentação, etc.); às dificuldades no estabelecimento de uma parentalidade adequada; à procura de meios informativos e de grupos de ajuda mútua. Esta necessidade parte não só da realidade observada pelos enfermeiros na sua prática diária, como das necessidades verbalizadas pelos próprios pais/cuidadores na procura de um entendimento e de uma resposta às suas situações particulares.

Nesta medida, pertende-se com o presente Manual, uma ação integrada do enfermeiro, que na medida da sua especialização, desenvolve o ensino e treino especializado e individual ao RN e sua família, facilitando o desenvolvimento de competências na adoção de comportamentos potenciadores da parentalidade. Conhecendo e estabelecendo redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados, procurando apoiar a função parental através do trabalho em parceria com agentes da comunidade, no sentido da melhoria da acessibilidade da criança aos cuidados adequados (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2009).

7. A PROMOÇÃO DOS RECURSOS DA COMUNIDADE

A promoção e divulgação dos recursos da comunidade existentes, pelos enfermeiros da UCIEEN, visa uma atuação primordialmente preventiva do risco de maus-tratos (primária e secundária), na prossecução de estratégias que contribuam para a proteção do utente neonatal, nomeadamente no reforço dos factores protetores, definidos como *“variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem remover ou minorar o impacte dos factores de risco”* (DGS, 2011).

Procura-se assim, agir de acordo com o que é preconizado, pelo Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil *“nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco»”* (DGS, 2005), na estimulação da função parental, através da capacitação dos pais/cuidadores, na integração comunitária e na acessibilidade aos serviços de apoio existentes para o RN de risco.

Parte-se do pressuposto, que os enfermeiros, como elemento primordial da equipa multidisciplinar na preparação para a alta hospitalar contribuam para a melhoria da qualidade do processo de integração da criança no contexto familiar. E que desta forma, promovam a divulgação de meios e recursos à disposição, no sentido, de facilitar a transição do ambiente hospitalar para o ambiente doméstico, e apoiar a família na responsabilidade de garantir o bem-estar e segurança do menor.

Neste sentido, durante o internamento hospitalar e/ou em contexto de visita domiciliária após alta (UMAD), o enfermeiro atendendo aos factores de risco identificados, procura estratégias de proteção da criança, recorrendo a serviços da comunidade que ajudem a dar resposta às necessidades do RN/família. Pretende-se, assim, uma redução dos riscos identificados através de um reforço das redes de suporte formal e informal dos cuidadores.

Neste Manual, é feita uma apresentação, sob a forma de quadro, de recursos comunitários disponíveis, destacando-se aqueles que foram considerados mais pertinentes, para divulgação junto da população específica de pais/cuidadores do RN de risco internado na UCIEEN.

Para facilitar a sua posterior consulta, a organização da lista dos recursos, teve em conta o tipo de factores de proteção que pretende promover (Tabela 1).

	FATORES RISCO	FATORES PROTEÇÃO	RECURSOS COMUNITÁRIOS
CRIANÇA	<p>Prematuridade e baixo peso ao nascer;</p> <p>Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais;</p> <p>Sexo ou aspeto físico do RN (quando não corresponde às expectativas familiares).</p>	<p>Boa auto-estima;</p> <p>Desejo de autonomia e comportamentos exploratórios</p> <p>Forte vinculação com um dos progenitores;</p> <p>Relação afectiva securizante com adulto significativo;</p> <p>Competências adaptativas (resiliência);</p> <p>Estado geral saudável;</p> <p>Boas capacidades cognitivas.</p>	<p>Grupos formais de apoio ao desenvolvimento da criança.</p> <p>Grupos formais de apoio à criança em risco.</p>
FAMÍLIA	<p>Desestruturação familiar;</p> <p>Elevado número de filhos;</p> <p>Pais adolescentes;</p> <p>Conflitos conjugais;</p> <p>Violência doméstica;</p> <p>Expectativas irrealistas relativamente ao comportamento e capacidade dos filhos;</p> <p>Desconhecimento das necessidades infantis;</p> <p>Autoridade parental ausente ou demasiado permissiva ou punitiva;</p> <p>Ausência de comunicação pais-filhos;</p> <p>Ausência de interação compensatória pais – filhos;</p> <p>Vinculação insegura;</p> <p>Problemas de comunicação;</p> <p>Défice do exercício das responsabilidades parentais;</p> <p>Elemento da família com vulnerabilidades particulares (toxicodependências, desemprego, doença mental, deficiência ou doença crónica, alcoolismo, exclusão social, precaridade laboral, etc);</p> <p>Antecedentes de vivência pessoal de maus- tratos;</p> <p>Monoparentalidade.</p>	<p>Vinculação segura com a criança;</p> <p>Relação afectiva securizante da parte dos pais/cuidadores;</p> <p>Exercício efetivo das responsabilidades parentais;</p> <p>Estilos parentais adequados às necessidades da criança;</p> <p>Expectativas adequadas ao desenvolvimento e necessidades dos filhos;</p> <p>Interações positivas pais – filhos;</p> <p>Suporte conjugal;</p> <p>Capacidade de resolução dos problemas familiares;</p> <p>Disponibilidade emocional;</p> <p>Comunicação e expressão de afectos presente entre pais e filhos;</p> <p>Estabilidade económica;</p> <p>Saúde e bem estar;</p> <p>História familiar sem violência ou maus –tratos;</p> <p>Presença de suporte familiar e social.</p>	<p>Linhas de apoio telefónico aos pais;</p> <p>Grupos formais direcionados aos pais para promover o desenvolvimento das suas competências parentais (exemplo, grupos de apoio à amamentação, grupos de apoio aos pais adolescentes);</p> <p>Grupos formais de ajuda na aquisição pelos pais de bens necessários á garantia da segurança e do bem-estar da criança;</p> <p>Grupos de ajuda mútua (associações e grupos informais de pais que dão apoio a outros pais);</p> <p>Sítios da internet de divulgação de informação úteis para os pais na prestação de cuidados adequados aos filhos;</p> <p>Sítios da internet de ajuda mútua (apoio de pais a outros pais);</p>
CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL	<p>Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;</p> <p>Exaltação mediática da violência;</p> <p>Tolerância social para a educação através da punição física;</p> <p>Escassez na efetividade dos mecanismos de punição da violência intrafamiliar;</p> <p>Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a</p>	<p>Meio escolar integrador;</p> <p>Apoio social disponível;</p> <p>Recursos adequados na comunidade;</p> <p>Comunidade com recursos de educação, saúde;</p> <p>Ocupação de tempos livres, etc.</p>	<p>Linha de apoio telefónico (SOS Imigrante);</p> <p>Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI);</p> <p>Unidade de Apoio à Vítima Imigrante e de Discriminação Racial ou Étnica;</p> <p>Organizações de Saúde e ou outras que visão informar e apoiar as famílias nas suas competências parentais;</p> <p>Legislação portuguesa de apoio à parentalidade;</p> <p>Apoios sociais, da Segurança</p>

	<p>masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar;</p> <p>Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);</p> <p>Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.</p>		<p>Social (RSI, Abono de família para crianças e jovens, subsídio para assistência ao filho, subsídio parental).</p>
--	---	--	--

Tabela 1 - Fatores de Risco, Fatores de Proteção e Recursos Comunitários de Proteção do RN/Família.

Esta breve caracterização que visa promover a consciencialização dos recursos à disposição, potenciando a capacidade de resolução de problemas pela própria família e consequentemente a sua independência no cuidar adequado ao RN, encontra-se mais explícita e organizada sob a forma de Anexos, no presente trabalho.

CONCLUSÃO

Em situação de fragilidade e de impossibilidade de fazer valer por si própria a resposta às suas necessidades, seus direitos e reclamar a sua dignidade, a criança vê-se dependente da família para o fazer, cabendo aos profissionais de saúde (nomeadamente aos enfermeiros) o papel fulcral, na deteção, alerta e avaliação precoce de situações de risco e/ou perigo para a criança.

A mobilização de esforços, na divulgação de recursos e apoios comunitários dos quais os pais/cuidadores podem usufruir, visa o intuito de assegurar condições facilitadoras do normal desenvolvimento da criança, apoiar e estimular a função parental, promover o bem estar familiar, reforçar as competências familiares e ajudar na ativação de todas as redes de suporte formal e informal.

Concluindo, a pertinência do presente Manual, advém da necessidade de apostar na qualidade e eficácia de atuação, com o intuito de otimizar a abordagem, no processo de identificação, avaliação e intervenção em situações com fatores de risco ou vulnerabilidade. Pretende-se contribuir assim para uma atuação precoce no seio da família, pela promoção de um ambiente promotor da parentalidade e promotor das necessidades e direitos do menor.

BIBLIOGRAFIA

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Ângela da Costa – **Maus-Tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. 162p.ISBN 972-796-220-3.

CÓDIGO CIVIL PORTUGUÊS [on-line]. GIEA. - Gestão Integrada de Escritórios Advogados, 2000 [acedido em 12/06/2012].

Disponível em http://www.giea.net/legislação.net/codigod/codigo_civil/direito_familia.htm

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, Guia de Orientações para Profissionais da Acção Social na Abordagem de Situações de Perigo**. Lisboa, 2010. 237p.

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Cartaxo – **Todos Somos Responsáveis**. Cartaxo: Câmara Municipal do Cartaxo, 2008. 24p.

CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – **Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens**. Lisboa, 2011. 149p.

DGS (Direcção-Geral da Saúde) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Intervenção da Saúde, Documento Técnico**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. 79p.

DGS (Direcção Geral de Saúde) – **Maus Tratos em Crianças e Jovens, Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2011. 61p.

DGS – **Programa-Tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil, Orientações Técnicas**. Direcção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa, 2005, p.50.

RUIVO, Maria Alice [et al.] – Metodologia de Projecto. Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Janeiro-Março 2010, nº15, p.37. ISSN 1646-5067.

HFF E.P.E. – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. [on-line], 2009 [acedido em 25/10/2012]. Disponível em www.hff.min-saude.pt .

IAC, Instituto de Apoio à Criança – **Carta da Criança Hospitalizada**. Amadora, Outubro 2000. 14p.

LOUREIRO, Elizabete; FIGUEIREDO, Bárbara – Prematuridade e maus tratos à criança. REVISTA DO Instituto de Reinserção Socia. Lisboa, 2000. 11p. ISSN 087-6565.

MAGALHÃES, Teresa – **Maus Tratos em Crianças e Jovens**. Coimbra: Quarteto, 2005. 141p. ISBN 989-558-074-6.

HFF EPE - POLÍTICA – PO.0032/D.DEP. – **Filosofia dos Cuidados Pediátricos**. Departamento de Pediatria, 28/06/2011.

PORTUGAL, Assembleia da República - **Lei nº 147/99, de 1 de Setembro** – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Diário da República, Lisboa, 1 de Setembro de 1999.

PORTUGAL, Assembleia da República – **Lei nº111/2009 de 16 de Setembro - Código Deontológico do Enfermeiro**. Diário da República, Lisboa, 16 de Setembro de 1998.

REIS, Vítor José Oliveira – **Crianças e Jovens em Risco (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)**. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2009, 472p.

STANHOPE, Margia e LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999, 1231p.

UCIEN – **Manual de Acolhimento e Integração ao Enfermeiro Recém- Admitido na UCIEN.**

Amadora: Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE. 46p.

UCIEN – **Manual de Enfermagem da UCIEN 2010-2011.** Amadora: Hospital Prof.Dr. Fernando

Fonseca, EPE, 2010. 22p.

UNICEF – **A Convenção sobre os Direitos da Criança** [on-line]. UNICEF, 1989 [acedido em

6/10/2012], 54 p. Disponível em www.unicef.pt/artigo.php.

ANEXOS

ANEXOS

- **ORGANIZAÇÕES;**
- **GRUPOS DE AJUDA MÚTUA;**
- **GRUPOS FORMAIS DE APOIO À PARENTALIDADE;**
- **GRUPOS FORMAIS DE AJUDA;**
- **SÍTIOS INFORMATIVOS;**
- **SÍTIOS DE AJUDA MÚTUA;**
- **LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO;**
- **LIVROS DE APOIO.**

ORGANIZAÇÕES

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)



ORGANIZAÇÃO	Serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa.
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Cidadãos em geral.
MISSÃO	<i>“Regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, planejar e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde.”</i> (DGS,2012)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Emitir normas e orientações clínicas e organizacionais</i> ▪ <i>Orientar e desenvolver programas:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>de saúde pública</i> – <i>de melhoria da prestação de cuidados de saúde</i> – <i>de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional</i> ▪ <i>Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional</i> ▪ <i>Elaborar e divulgar estatísticas de saúde</i> ▪ <i>Apoiar o exercício das competências da Autoridade de Saúde Nacional</i> ▪ <i>Coordenar o Sistema de Emergências em Saúde Pública</i> ▪ <i>Acompanhar o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde</i> ▪ <i>Assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde</i> ▪ <i>Coordenar a atividade do Ministério da Saúde no domínio das relações europeias e internacionais</i> ▪ <i>Regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das atividades relativas ao sangue e à transplantação”</i> (DGS,2012).
ATIVIDADES	<p>Especificamente no que diz respeito à Criança, procura através da Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, desenvolver atividades que visem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Propor estratégias, coordenar programas específicos, colaborar na avaliação e gestão do risco e apoiar tecnicamente os serviços nas ações que reforçam a oferta de cuidados em saúde infantil e juvenil, bem como em saúde sexual e reprodutiva;</i> ▪ <i>Assegurar formas flexíveis de intervenção em saúde sexual e reprodutiva e neonatal junto dos grupos populacionais mais vulneráveis, tendo em conta a igualdade de género;</i>

	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>Acompanhar o desenvolvimento do Programa de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil;</i>▪ <i>Propor estratégias e coordenar programas e atividades de promoção da saúde no ciclo de vida;</i>▪ <i>Promover a formação profissional e promover a articulação entre as unidades de saúde tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados nestas áreas;</i>▪ <i>Garantir a monitorização e avaliação periódica dos cuidados nas várias vertentes da saúde infantil e juvenil, bem como da saúde sexual e reprodutiva;</i>▪ <i>Proceder à análise dos fatores que influenciam a natalidade, a mortalidade e morbilidade materna, fetal e neonatal no âmbito do sistema de saúde.” (DGS,2012)</i>
CONTATO	Telefone: (+351) 21 843 05 00 Morada: Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa Portugal E-mail: geral@dgs.pt Site: www.dgs.pt

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



ORGANIZAÇÃO	Secção de Neonatologia (SN) que integra a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Sociedade constituída por profissionais de saúde (sócios) de diversas áreas relacionadas com o RN (nomeadamente pediatras, neonatologistas, entre outros).
ANO DE FUNDAÇÃO	1986
DESTINATÁRIOS	Pais/cuidadores; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	A formação e atualização dos profissionais que exercem funções em neonatologia (promovendo a participação em seminários, reuniões temáticas e congressos nacionais e internacionais); A identificação e investigação dos problemas neonatais portugueses, na procura de melhores respostas a nível local e nacional. A promoção da investigação na área da neonatologia. (SN, 2012)
OBJETIVOS	<p><i>“Estimular o aprofundamento e a divulgação dos conhecimentos relativos ao feto e ao recém nascido, bem como o aperfeiçoamento da sua prática. Para a sua realização propõe-se:</i></p> <p><i>a) Promover a realização de reuniões de âmbito nacional ou internacional, com o fim de expor, divulgar e debater problemas deste ramo da Pediatria.</i></p> <p><i>b) Promover e apoiar a investigação nesta área.</i></p> <p><i>c) Cooperar com outras organizações nacionais, nomeadamente a SPP, ou estrangeiras.</i></p> <p><i>d) Informar os Poderes Públicos dos problemas desta especialidade pediátrica e propôr eventuais soluções.”</i> (SN, 2012)</p>
ATIVIDADES	<p>Entre 2008 -2012 desenvolveu as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação pós-graduada (em contexto de participação em Jornadas e Seminários a nível nacional); ▪ Elaboração e revisão de Consensos (atualização do consenso sobre Nutrição Parentérica (publicado) e novos consensos: Ruído e luz nas UCINs; Acidose e alcalose; Transmissão vertical do VIH (publicado)); ▪ Dinamização da investigação clínica; ▪ Cooperação em projectos de intervenção social (projecto “Frágil”, cooperação com a Associação de Pais de Crianças Prematuras); ▪ Dinamização da discussão da constituição da Sociedade Portuguesa de Neonatologia, filiada na SPP).
CONTATO	E-mail: seccao.neonatologia@gmail.com

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA	
ORGANIZAÇÃO	Associação de utilidade pública, sem fins lucrativos. Sociedade constituída por profissionais de saúde (sócios) de diversas áreas relacionadas com a Criança (nomeadamente pediatras, neonatologistas, entre outros).
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Pais/cuidadores; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	A promoção da Criança em Portugal e no mundo.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Fomentar o estudo da saúde da criança e do adolescente e a promoção e difusão dos progressos da Pediatria nas vertentes assistenciais, pedagógicas e de investigação;</i> ▪ <i>Representar a Pediatria Portuguesa nas Associações Internacionais de Pediatria;</i> ▪ <i>Intervir junto dos poderes públicos e da sociedade civil na resolução dos problemas pediátricos, como parceiro social;</i> ▪ <i>Promover o intercâmbio privilegiado com os países e comunidades de expressão portuguesa.”</i> (SPP, 2012)
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudo dos problemas inerentes aos associados enquanto intervenientes na promoção da saúde e bem-estar da criança e dos adolescentes e sua integração na família e na comunidade; ▪ Promoção de atividades de formação e informação aos seus associados no âmbito do objecto social; ▪ Colaboração com outros organismos, nacionais e internacionais, promovendo a cooperação de atividades relacionadas com os objetivos estatutários; ▪ Promoção do estudo das diferentes áreas específicas da pediatria; ▪ Promoção da captação de recursos financeiros para a concretização das suas ações; ▪ Selecção e contratação de pessoas, singulares e coletivas, de modo a assegurar o adequado funcionamento que o âmbito dos seus fins exige.
CONTATO	Telefone: (+351) 217574680 Morada: Rua Amílcar Cabral, n.º 15 R/C I, Lumiar, 1750-018 Lisboa. E-mail: www.spp.pt Site: seccao.neonatologia@gmail.com





AFID
Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FAMÍLIAS PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA DEFICIENTE

ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos. Iniciativa de um grupo de pais e profissionais de saúde.
ANO DE FUNDAÇÃO	1985
DESTINATÁRIOS	Famílias/Pessoas portadoras de deficiência.
MISSÃO	<i>“Promover a autonomia e o apoio social, saúde, educação e formação de forma Sustentada, combater a exclusão, proteger os clientes, o património da Fundação e garantir a Excelência na prestação de serviços.” (AFID, 2012)</i>
OBJETIVOS	<i>“Promover a solidariedade entre famílias portuguesas na defesa dos direitos e da integração das pessoas com deficiência.” (AFID, 2012)</i>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Atividades de proteção e deteção precoce da deficiência;</i>▪ <i>Criação de estruturas que garantam a reabilitação, saúde, educação, formação, desinstitucionalização, e integração da pessoa com deficiência, suas famílias e outros grupos desfavorecidos, com qualidade.” (AFID, 2012)</i>
CONTATO	Telefone: (+351) 21 472 40 40 Morada: Quinta do Paraíso, Freguesia da Buraca, 2720-502 Amadora E-mail: fundacao@fund-afid.org.pt Sítio Internet: http://www.afid.org.pt

AJUDA DE BERÇO



ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Famílias em situação de risco, com crianças até aos 3 anos de idade.
MISSÃO	<i>“O respeito pela vida Humana e o Acolhimento de Crianças Abandonadas ou em situação de risco, desde que nascem até aos 3 anos de idade.” (AJUDA DE BERÇO, 2012)</i>
OBJETIVOS	Dar resposta aos problemas das crianças em risco, em situação de abandono e vítimas de exclusão social.
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento de crianças desde o nascimento até aos 3 anos de idade; ▪ Prestação de cuidados pessoais: alojamento, fornecimento de alimentação, cuidados de higiene, cuidados de saúde, acesso aos serviços de saúde, estimulação adequada ao desenvolvimento pessoal de cada criança, animação/ocupação e lazer; ▪ Apoio nas atividades da vida quotidiana: deslocações/transporte exterior, apoio na aquisição de bens e serviços, momentos de descanso e lazer, acompanhamento escolar; ▪ Apoio psicológico; ▪ Aconselhamento jurídico; ▪ Definição de projeto de vida de cada criança; ▪ Apoio às famílias, sempre que possível, promoção da reintegração das crianças no seu seio familiar de origem, ajudando-as no encaminhamento para outras instituições de apoio, quer na doação de géneros (roupas, brinquedos, alimentos e fraldas); ▪ Apoio a enxovais, quando solicitada por outras entidades (hospitais, maternidades, segurança social e pedidos pessoais). Apoia grávidas através da doação de enxovais para o recém-nascido, ou seus irmãos até aos 3 anos de idade. Por forma, a prevenir a institucionalização do bebé que vai nascer e promovendo a motivação das mães em ter os seus filhos.
CONTATO	<p><u>Sede Social e Centro de Acolhimento de Alcântara</u></p> <p>Telefone: (+351) 213 628 274 /276/ 277</p> <p>Morada: Avenida de Ceuta nº51, R/C, 1300-125 Lisboa</p>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

E-mail:

ajudadeberco@ajudadeberco.pt

Sítio Internet:

<http://www.ajudadeberco.pt/ab/>

AJUDA DE MÃE



ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1991
DESTINATÁRIOS	Grávidas e Mães.
MISSÃO	<i>“A missão da Ajuda de Mãe é apoiar as mulheres grávidas, no respeito pela vida do bebé que vai nascer, para que, com esse apoio, cada mãe possa melhorar a vida da sua família.” (AJUDA DE MÃE, 2012)</i>
OBJETIVOS	<i>“Apoiar a mulher grávida na construção e consolidação do projecto de gravidez e maternidade de cada mãe, para que o nascimento do bebé se torne num factor de melhoria de vida para a família.” (AJUDA DE MÃE, 2012)</i>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Informa, encaminha e acolhe grávidas;</i>▪ <i>Informa na área da gravidez, sexualidade e planeamento familiar;</i>▪ <i>Forma as mães para a concretização de uma maternidade plena, que contribua para um desenvolvimento saudável dos seus filhos;</i>▪ <i>Promove a qualificação escolar das mães, de modo a que adquiram pelo menos a escolaridade obrigatória;</i>▪ <i>Promove a reinserção social e profissional das mães, tornando possível e mais qualificada a sua entrada no mercado de trabalho e a sua reinserção na sociedade;</i>▪ <i>Apoia a família.” (AJUDA DE MÃE, 2012)</i>
CONTATO	<u>SEDE DA AJUDA DE MÃE</u> Telefone: (+351) 21 382 78 50 Morada: Rua do Arco do Carvalhão, n.º 282 / 1350-026 Lisboa E-mail: ajudademae@ajudademae.pt Sítio Internet:

<http://www.ajudademaie.pt/inicio>

GABINETES DE ATENDIMENTO:


- Bairro 6 de Maio, no antigo Centro Social do Bairro 6 de Maio, Estrada Militar, Venda Nova, Amadora – 4ª e 6ªs Feiras das 10h às 17h, numa parceria com o C.S. do Bairro 6 de Maio.
- Apelação, no Centro Comunitário da Apelação, Rua Henrique Barbosa, Bº da Quinta da Fonte, Apelação, Loures – às 4ªs Feiras, das 10h às 17h.
- Oeiras, no Centro Comunitário do Alto da Loba – Rua Instituto Conde Agrolongo, 39, Alto da Loba, Paço d’Arcos – às 3ªs Feiras, das 10h às 13h e das 14.00h às 17h, numa parceria com a Câmara Municipal de Oeiras.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV)



ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1990
DESTINATÁRIOS	Pessoas vítimas de violência.
MISSÃO	<i>“Apoiar as vítimas de crime, suas famílias e amigos, prestando-lhes serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, sociais e privadas centradas no estatuto da vítima.”</i> (APAV, 2012)
OBJETIVOS	<p><i>“Apoiar, de forma qualificada, vítimas de crime, seus familiares e amigos;</i></p> <p><i>Manter a rede nacional de Unidades Orgânicas, com prossecução da melhoria das condições materiais das suas instalações;</i></p> <p><i>Manter e qualificar os recursos humanos da APAV (colaboradores e voluntários/estagiários);</i></p> <p><i>Reorganizar o Centro de Formação da APAV e implementar projectos e acções de informação e sensibilização da opinião pública;</i></p> <p><i>Desenvolver o Programa de Qualidade e Auditoria (interna e externa);</i></p> <p><i>Incrementar a Investigação e o desenvolvimento de estudos/projectos técnico-científicos a nível nacional e internacional;</i></p> <p><i>Reforçar e implementar o Programa de Comunicação e Marketing na APAV.”</i> (APAV, 2012)</p>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“A formação dos seus recursos humanos (residentes e Voluntários) bem como de técnicos de outras instituições, de modo a que a qualificação destes permita um mais eficiente atendimento às vítimas;</i> ▪ <i>O desenvolvimento de projectos nacionais e internacionais – nomeadamente no âmbito de programas promovidos pela União Europeia – de investigação e de informação sobre a problemática das vítimas de infracções penais;</i> ▪ <i>O acolhimento de mulheres e crianças vítimas de violência;</i>

	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>A expansão da rede nacional de Gabinetes de Apoio à Vítima;</i>▪ <i>A realização de campanhas de sensibilização da opinião pública;</i>▪ <i>A definição de modelos de intervenção para novas problemáticas de vitimação;</i>▪ <i>A monitorização da qualidade dos serviços prestados;</i>▪ <i>A aposta nas tecnologias de informação e comunicação;</i>▪ <i>A prevenção da vitimação e da violência, especialmente junto das crianças e jovens;</i>▪ <i>Entre muitas outras actividades e projectos.” (APAV, 2012)</i>
CONTATO	<p><u>APAV – SEDE</u></p> <p>Telefone: (+351) 21 358 79 00</p> <p>Morada: Rua José Estêvão, 135 A, Pisos 1/2 1150-201 Lisboa</p> <p>E-mail: apav.sede@apav.pt</p> <p>Sítio Internet: www.apav.pt</p>

ASSOCIAÇÃO PARALISIA CEREBRAL DE LISBOA 	
ORGANIZAÇÃO	Associação criada por um grupo de pais e profissionais de saúde.
ANO DE FUNDAÇÃO	1960.
DESTINATÁRIOS	Famílias/Pessoas com paralisia cerebral.
MISSÃO	<i>“Apoiar e proporcionar tranquilidade às pessoas com paralisia cerebral e situações neurológicas afins e suas famílias, através do desenvolvimento máximo das suas capacidades, visando a concretização dos seus projectos de vida e o pleno exercício da cidadania” (APCL, 2012)</i>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Apoiar na concretização de um projecto de vida através da promoção do desenvolvimento máximo das capacidades dos clientes;</i> ▪ <i>Proporcionar aos Clientes e às suas famílias um clima de tranquilidade (eliminar a angústia);</i> ▪ <i>Contribuir para a divulgação/ sensibilização da sociedade civil para a problemática da deficiência e da paralisia cerebral em particular;</i> ▪ <i>Lutar pelos Direitos das Pessoas com Deficiência ao pleno exercício da Cidadania.” (APCL, 2012)</i>
ATIVIDADES	<p>Desenvolve atividades, no sentido, de defesa do direito das pessoas com deficiência, criação de respostas sociais, reabilitação, habilitação, promoção da inclusão social e proporciona o acesso à cultura e lazer, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de atividades ocupacionais; ▪ Lares residenciais; ▪ Apoio domiciliário; ▪ Hipoterapia: hidroterapia; ▪ Avaliação e orientação profissional; ▪ Formação profissional; ▪ Apoio ao emprego.
CONTATO	<p>Telefónico: (+351) 21 754 06 92 / 21 754 06 93</p> <p>Morada: Av. Rainha D. Amélia – Lumiar 1600-676 Lisboa.</p> <p>E-mail: sede@apcl.org.pt</p>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

Sítio Internet:

<http://www.apcl.org.pt>



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE TRISSOMIA 21

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE TRISSOMIA 21

ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos. Iniciativa de um grupo de pais e profissionais de saúde.
ANO DE FUNDAÇÃO	1985
DESTINATÁRIOS	Famílias/Pessoas portadoras de deficiência.
MISSÃO	<i>“Promover a autonomia e o apoio social, saúde, educação e formação de forma Sustentada, combater a exclusão, proteger os clientes, o património da Fundação e garantir a Excelência na prestação de serviços.” (AFID, 2012)</i>
OBJETIVOS	<i>“Promover a solidariedade entre famílias portuguesas na defesa dos direitos e da integração das pessoas com deficiência.” (AFID, 2012)</i>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Atividades de proteção e deteção precoce da deficiência;</i>▪ <i>Criação de estruturas que garantam a reabilitação, saúde, educação, formação, desinstitucionalização, e integração da pessoa com deficiência, suas famílias e outros grupos desfavorecidos, com qualidade.” (AFID, 2012)</i>
CONTATO	Telefone: (+351) 21 472 40 40 Morada: Quinta do Paraíso, Freguesia da Buraca, 2720-502 Amadora E-mail: fundacao@fund-afid.org.pt Sítio Internet: http://www.appt21.org.pt

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL



Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

ORGANIZAÇÃO	Associação privada sem fins lucrativos, com o estatuto de entidade pública.
ANO DE FUNDAÇÃO	1992
DESTINATÁRIOS	Público geral; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção da segurança infantil.
OBJETIVOS	<i>“Promover a união e o desenvolvimento de esforços para a redução do número e da gravidade dos acidentes e das suas consequências nas crianças e jovens em Portugal. É sua missão promover a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens e assegurar o desenvolvimento de um ambiente promotor de saúde que lhes permita crescer em segurança e desenvolver-se plenamente a nível físico, psico-motor e socio-cognitivo.”</i> (APSI, 2012)
ATIVIDADES	<p>Desenvolve atividades, no sentido, da divulgação de informação, comunicação, educação, formação, investigação e participação em processos legislativos e de normalização.</p> <p>Membro da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plataforma Saúde em Diálogo ▪ European Child Safety Alliance (ECSA) ▪ Comissões Técnicas nacionais de normalização de brinquedos e puericultura, espaços de jogo e recreio, equipamentos desportivos, piscinas e guardas para edifícios. ▪ ANEC, European Consumer Voice in Standardisation, nos grupos de trabalho de Segurança Infantil e Segurança Rodoviária. Representa esta associação europeia nas subcomissões técnicas do Comité Europeu de Normalização (CEN), que desenvolvem normas para equipamentos de espaços de jogo e recreio e superfícies de impacto e balizas. ▪ Conselho Consultivo das Famílias e do Grupo Consultivo da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária. <p>É responsável pelo desenvolvimento em Portugal, do Plano de Acção de Segurança Infantil, tendo assumido, ao lado do Alto Comissariado da Saúde, desde Dezembro 2008, a sua coordenação técnica.</p>
CONTATO	<p>Telefónico:</p> <p align="center">(+351) 21 884 41 00</p> <p>Morada:</p>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

Vila Berta, 7 R.C. Esq.ª Graça, 1170-400 Lisboa
(Horário de atendimento da APSI, das 9h30 às 13h e das
14h30 às 17h30)

E-mail:

apsi@apsi.org.pt

Sítio Internet:

www.apsi.org.pt

ASSOCIAÇÃO SOS AMAMENTAÇÃO



ORGANIZAÇÃO	Sem fins lucrativos. Voluntárias com formação em Aconselhamento em Aleitamento Materno, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF.
ANO DE FUNDAÇÃO	2003
DESTINATÁRIOS	Mães que amamentam; Grávidas; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
OBJETIVOS	<i>“Promoção ao aleitamento materno através de apoio às mães lactantes, de acções de formação, informação, divulgação e educação dirigidas a grávidas, puérperas, mães em lactação, profissionais de saúde e/ou educação e público em geral.” (SOS AMAMENTAÇÃO, 2012)</i>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Implementar uma Linha de Atendimento Telefónico especificamente dirigida às mães em lactação que informe, apoie, ajude e encaminhe, em caso de necessidade;</i> ▪ <i>Incentivar a organização de grupos de apoio ao aleitamento materno constituído por mães lactantes; Realizar acções de formação junto dos técnicos de saúde cuja actividade esteja ligada à prestação de cuidados materno-infantis e outros interessados nesta área de saúde;</i> ▪ <i>Divulgar as vantagens do leite materno e da amamentação como método natural e preferencial de alimentação do bebé humano, através da elaboração de literatura, de meios audiovisuais e outros que se considerem apropriados;</i> ▪ <i>Organizar, promover, divulgar e/ou participar em reuniões científicas, congressos, seminários ou outros relacionados com o tema da amamentação;</i> ▪ <i>Elaborar e/ou divulgar estudos e estatísticas relacionados com a amamentação;</i> ▪ <i>Cooperar com outras instituições nacionais e/ou internacionais com interesses afins;</i> ▪ <i>Facultar informação jurídica relacionada com os direitos das mães lactantes;</i> ▪ <i>Criar um centro de documentação;</i> ▪ <i>Apoiar o estabelecimento e manutenção da lactação através</i>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

	<p><i>de visitas domiciliárias, quando estas se justificarem; Investigar e incentivar a criação de bancos de leite materno.” (SOS AMAMENTAÇÃO, 2012)</i></p>
CONTATO PARA PAIS/CUIDADORES	<p>Telefónico: (+351) 21 388 09 15 (Linha Geral de Atendimento, das 10 às 18h) 913 540 900</p> <p>Morada: Rua João Chagas, 161 - 2ºDto, 2795-102 Linda-a-Velha</p> <p>E-mail: associacao.sos.amamentacao@gmail.com</p> <p>Sítio Internet: http://www.sosamamentacao.org.pt/ http://sosamamentacaopt.blogspot.pt/</p>

FUNDAÇÃO DO GIL



ORGANIZAÇÃO	Fundação.
ANO DE FUNDAÇÃO	1999
DESTINATÁRIOS	Crianças até aos 18 anos de idade .
MISSÃO	Apoiar e promover o acompanhamento e a reinserção de crianças e jovens internados por períodos prolongados em unidades hospitalares.
OBJETIVOS	Apoiar e promover o acompanhamento e a reinserção de crianças e jovens internados por períodos prolongados em unidades hospitalares.
ATIVIDADES	<p>Para cumprir os fins a que se propôs, a Fundação do Gil criou quatro projetos, divididos em diferentes formas de apoio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. As UMAD, Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio, visam dar apoio domiciliário a nível clínico e social, com o objetivo de promover a reinserção das crianças com alta clínica, nos seus ambientes familiares de origem. Neste momento, têm duas unidades a funcionar, uma delas a trabalhar em estreita colaboração com o Hospital de Santa Maria em Lisboa e a outra a trabalhar com os hospitais D. Estefânia e Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra). 2. A Casa do Gil, único centro de acolhimento temporário infantil com cuidados pós-hospitalares em Portugal. Recebe crianças dos 0 aos 12 anos que, embora com alta hospitalar, necessitam de acompanhamento por motivos sociais. 3. O Dia do Gil, que decorre semanalmente em 28 núcleos hospitalares e que se traduz num conjunto de ações que visam aproximar as crianças internadas do mundo exterior. Este projeto divide-se em três vertentes: a Hora do Conto, a Hora da Música que alternam entre si e a Hora da Descoberta, que pode acontecer em qualquer altura. Também já deram início à Hora dos Avós que, sendo transversal a todas as outras, procura aproximar os seniores dos mais pequenos. 4. Mais recentemente a Fundação do Gil iniciou, no Norte do País, o projeto Saúde em Família, projeto de apoio social às famílias das crianças doentes, por verificar que as estruturas sociais que envolvem a população infantil hospitalizada são

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

	<p>frágeis na sua maioria, necessitando de apoios de reinserção permanentes.</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES	<p>Os pedidos de apoio que chegam à Fundação do Gil são sempre oriundos de uma unidade hospitalar, que tenha entretanto sinalizado uma criança que necessita da nossa intervenção para trabalhar no seu projeto de vida.</p>
CONTATO	<p>Telefone: (+351) 21 355 24 50</p> <p>Morada:</p> <p>Av. do Brasil, n.º 53 D – Pavilhão 13</p> <p>Parque de Saúde de Lisboa</p> <p>1700-063 Lisboa</p> <p>E-mail: geral@fundacaodogil.pt</p> <p>Sítio Internet: www.fundacaodogil.pt</p>

GRUPOS DE AJUDA MÚTUA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMÍLIAS NUMEROSAS (APFN)



ORGANIZAÇÃO	Associação criada por grupo de pais com três ou mais filhos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1999
DESTINATÁRIOS	Famílias numerosas.
MISSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Defesa dos legítimos interesses das famílias numerosas, designadamente em matéria fiscal, de habitação, saúde e educação;</i> ▪ <i>Defesa do princípio do rendimento "per capita";</i> ▪ <i>Promoção de acções de solidariedade e apoio mútuo entre famílias numerosas;</i> ▪ <i>Obtenção de facilidades e descontos para os associados;</i> ▪ <i>Desenvolvimento de iniciativas de carácter sócio-cultural e de divulgação dos valores da família.” (APFN, 2012)</i>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Defender os legítimos interesses das famílias numerosas, constituídas a partir de uma base eminentemente afectiva e contratual, celebrada entre pessoas de sexo diferente, que de uma forma estável, duradoura e de acordo com os princípios do direito natural prossigam uma comunhão plena de vida.</i> ▪ <i>Contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento físico e intelectual, moral, espiritual e social da família e de cada um dos seus membros, no respeito pela dignidade da pessoa humana;</i> ▪ <i>Defender a liberdade fundamental dos pais à educação dos seus filhos e destes escolherem, livremente, para eles, o modelo de ensino que pretendam, no respeito pelos valores essenciais da pessoa humana;</i> ▪ <i>Revitalizar, de uma forma concreta e activa, os laços de solidariedade e interdependência entre os vários membros e gerações que compõem o agregado familiar;</i> ▪ <i>Fomentar acções que visem propiciar às famílias as condições de acesso aos bens materiais, morais e culturais indispensáveis a um desenvolvimento equilibrado da família;</i> ▪ <i>Desenvolver as acções que visem criar uma verdadeira cultura da família, como elemento fundamental na estruturação e desenvolvimento da sociedade humana, despertando-a para os seus direitos e deveres na participação cívica;</i> ▪ <i>Contribuir para a criação ou criar directamente apoios materiais que possam solidariamente concorrer para a resolução ou minimização de situações concretas e urgentes de famílias numerosas.” (APFN, 2012)</i>
CONTATO PARA PAIS/CUIDADORES	<p>Telefone: 217552603 Horário de atendimento: 9h30 às 17h30</p> <p>Morada: Rua José Calheiros, 15 1400-229 Lisboa</p>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

E-mail:

apfn@apfn.com.pt

Sítio Internet:

<http://www.apfn.com.pt>

XXS ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO AO BEBÉ PREMATURO



ORGANIZAÇÃO	Sem fins lucrativos. Grupo de pais de bebês prematuros.
ANO DE FUNDAÇÃO	2008
DESTINATÁRIOS	RN e Crianças prematuras; Pais/cuidadores de crianças prematuras; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	<i>“Ajudar os bebês prematuros, e as suas famílias, a ultrapassar aqueles que poderão ser os momentos mais difíceis das suas vidas” (XXS, 2012).</i>
OBJETIVOS	<p>RN e Crianças Prematuras</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Submeter propostas de alteração da legislação relativa às crianças prematuras e apoio às famílias;</i> ▪ <i>Intervir junto das entidades competentes para o reconhecimento das necessidades especiais e exigências das crianças prematuras;</i> ▪ <i>Colaborar na promoção de programas de estimulação do desenvolvimento da criança;” (XXS, 2012)</i> <p>Pais/Cuidadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Promover as ações necessárias a apoiar as famílias, incluindo a criação/articulação com grupos de apoio ao nível nacional, campanhas de angariação de fundos e realização de cursos de voluntariado;</i> ▪ <i>Divulgar e partilhar conhecimentos e experiências que abordem a problemática da prematuridade, incluindo publicações, folhetos explicativos e fóruns pais;</i> ▪ <i>Desenvolver ações para o melhoramento das condições de acolhimento das famílias deslocadas;” (XXS, 2012)</i> <p>Profissionais de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Reforçar o diálogo com os profissionais de saúde;</i> ▪ <i>Estabelecer protocolos com profissionais de diferentes áreas da saúde no apoio à criança, nomeadamente com a Secção de Neonatologia de Sociedade Portuguesa de Pediatria, promovendo ações conjuntas de prevenção, sensibilização e actuação junto das crianças e famílias em unidades hospitalares, centros de saúde e clínicas de fertilização;</i> ▪ <i>Cooperar nas campanhas de prevenção;</i> ▪ <i>Cooperar na investigação científica;</i> ▪ <i>Representar Portugal como membro da EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants.” (XXS, 2012)</i>
CONTATO	<p>Pessoa de referência: Paula Guerra</p> <p>Telefónico: (+351) 917837102 (Paula Guerra)</p> <p>E-mail: geral@xqs-prematuros.com</p>

	<p>Sítio Internet: www.xxs-prematurados.com www.facebook.com/xxs.prematurados</p>
OUTRAS INFORMAÇÕES	<p>O contato que a XXS estabelece com os pais de prematuros, ocorre mensalmente na Maternidade Alfredo da Costa. Apresenta, no entanto, disponibilidade regular para garantir o mesmo tipo de apoio, se assim for solicitado por outras Instituições de Saúde.</p> <p>O horário de disponibilidade, está condicionado pelos horários de trabalho dos pais que apoiam, sendo dada preferência à hora de almoço, fim do dia e fins de semana.</p> <p>O apoio é gratuito.</p> <p>Funciona na sua maioria por solicitação por parte individual ou por solicitação por uma Instituição de Saúde.</p> <p>Se houver pessoas interessadas em se associar à XXS, esta exige uma cota anual de 12 euros, no entanto, e de acordo com as dificuldades socio-económicas, pode ser acordada uma associação à XXS, sem pagamento de qualquer valor.</p> <p>Os associados estão sujeitos ao cumprimento de um acordo de confidencialidade, regulamentada internamente e a um código de conduta que visa o sigilo de informação.</p>



BANCO DE INFORMAÇÃO DE PAIS PARA PAIS (BIPP)

ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).
ANO DE FUNDAÇÃO	2005.
DESTINATÁRIOS	Pais /cuidadores de crianças com necessidades de saúde especiais.
MISSÃO	<i>“Promover a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade através da procura de soluções adequadas a cada caso e criação de respostas que satisfaçam as suas necessidades.”</i> (BIPP, 2012)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Reunir uma estrutura profissional com vista a procurar a mais alta qualidade do serviço e integrar voluntários;</i> ▪ <i>Trabalhar com as famílias e as crianças, as instituições, os prestadores de serviços e os órgãos de informação;</i> ▪ <i>Fornecer orientação na selecção de serviços para crianças e, no geral, para todas as pessoas com necessidades especiais;</i> ▪ <i>Fornecer informação sobre alternativas de intervenção;</i> ▪ <i>Fornecer apoio na obtenção de serviços, em tempo útil, com qualidade técnica e continuidade;</i> ▪ <i>Fornecer apoio na obtenção de apoios do Estado;</i> ▪ <i>Fornecer informação sobre direitos das crianças e dos pais;</i> ▪ <i>Fornecer apoio para garantir a continuidade de cuidados de qualidade ao longo da vida;</i> ▪ <i>Fornecer apoio na coordenação entre serviços;</i> ▪ <i>Proceder à reavaliação periódica da prestação de serviços; e</i> ▪ <i>Englobar a totalidade de serviços que crianças e adultos com necessidades especiais necessitem.”</i> (BIPP, 2012)
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Atendimento, na sede do ACP em Lisboa, tendo iniciado o atendimento personalizado às famílias, que são acompanhadas por técnicos especializados; ▪ Centro de Atendimento BIPP, desta vez em Cascais, no sentido de dar cada vez mais respostas sociais para as famílias ▪ Divulgação da instituição e angariação de fundos; ▪ Outras atividades desenvolvidas: 1.º Fórum BIPP, no Auditório do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão; Feira de Natal BIPP no Fórum Picoas; e Campos de Férias Inclusivos, que decorre em Cascais e Lisboa, consoante a época de férias lectivas.
CONTATO PARA PAIS/CUIDADORES	<p><u>Centro de Atendimento BIPP - Lisboa:</u></p> <p>Rua Rosa Araújo, N.º 24, 1250-195 Lisboa</p> <p>(Na Sede do Automóvel Club de Portugal)</p> <p>Telefones: 213180288/ 213180283/ 916024144 E-mail: bancobipp@gmail.com</p> <p><u>Centro de Atendimento BIPP - Cascais:</u></p> <p>Largo do Colégio, N.º 5, 2750-324 Cascais</p>

Telefones: 218204886/ 218207219/ 916024144

E-mail: bancobipp@gmail.com

Sítio Internet:

<http://www.bipp.pt/>

RARISSÍMAS



(ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS)

ORGANIZAÇÃO	Associação criada por grupo de pais, com filhos portadores de deficiências mentais e raras.
ANO DE FUNDAÇÃO	2002
DESTINATÁRIOS	Pais /cuidadores de crianças com necessidades de saúde especiais; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Divulgação das Doenças Mentais e Raras.
OBJETIVOS	<i>“Apoiar doentes, famílias e todos os que convivem de perto com as Doenças Raras.” (RARISSÍMAS, 2012)</i>
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Incentivamos a reflexão e o debate sobre as necessidades dos portadores de doenças raras e suas famílias;</i> ▪ <i>Sensibilizamos a comunidade para a realidade das doenças raras;</i> ▪ <i>Alertamos a Comunicação Social para a importância da divulgação da informação sobre as doenças raras, bem como a importância das organizações que as representam;</i> ▪ <i>Demonstramos à sociedade a importância do movimento associativo no apoio e acompanhamento dos portadores de doenças raras e das suas famílias.</i> ▪ <i>O apoio aos doentes e às respectivas famílias é outra dos nossos pilares de actuação. Por isso mesmo, continuamos a prestar o melhor apoio possível aos nossos associados e aos cidadãos em geral, na temática da (in)formação, tendo em conta os seguintes objectivos:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Promover a igualdade de direitos dos portadores de doenças raras e suas famílias;</i> ▪ <i>Melhorar a divulgação de meios e recursos, que permitem aos portadores de doenças raras a escolha, digna, do seu modo de vida com interacção no seu meio social e cultural;</i> ▪ <i>Melhorar a coordenação entre técnicos, instituições nacionais das áreas de medicina, ensino, reabilitação e o sector associativo.” (RARISSÍMAS 2012)</i>
CONTATO PARA PAIS/CUIDADORES	<p>Telefone: +351 21 778 61 00 +351 96 965 74 45</p> <p>Morada: Rua das Açucenas, Lote 1, Loja Dta. 1300-003 Lisboa</p> <p>E-mail: info@rarissimas.pt</p> <p>Sítio Internet: http://www.rarissimas.pt</p>

*GRUPOS FORMAIS DE APOIO Á
PARENTALIDADE*

CANTINHO DOS PAIS



ORGANIZAÇÃO	Ajuda de Mãe. Projeto financiado pelo Apoio do Estado às Associações de Família.
DESTINATÁRIOS	Pais/cuidadores de crianças até aos 3 anos de idade.
MISSÃO	<i>“A missão da Ajuda de Mãe é apoiar as mulheres grávidas, no respeito pela vida do bebé que vai nascer, para que, com esse apoio, cada mãe possa melhorar a vida da sua família.” (AJUDA DE MÃE, 2012)</i>
OBJETIVOS	<i>“Dotar as famílias de conhecimentos específicos e de estratégias que promovam o desenvolvimento integral dos seus filhos e promover, em grupo, a reflexão, adequação e transformação de práticas parentais.”(AJUDA DE MÃES, 2012)</i>
ATIVIDADES	<p>Divulgação de conhecimentos e informações, especificamente relacionadas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amamentação; ▪ Higiene do Bebê; ▪ Alimentação (introdução de alimentos no primeiro ano de vida); ▪ Importância da Actividade Lúdica; ▪ Segurança e a Prevenção de Acidentes; ▪ Crescer com Autonomia. <p>O Cantinho dos Pais divide-se de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança:</p> <p align="center"><u>CRESCER COM CUIDADOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temáticas a abordar: Sono; Introdução dos Alimentos Sólidos; Actividade Lúdica ▪ Horário - segundas 4as feiras de cada mês das 10h às 13h ▪ Público Alvo - Mães (ou casais) com bebés até aos 3/4 meses de idade <p align="center"><u>CRESCER COM AUTONOMIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temáticas a abordar : Integração em equipamento de infância; Birras (regras e limites) ▪ Horário - terças 4as feiras de cada mês das 10h às 13h ▪ Público Alvo - Mães (ou casais) com bebés até 1 ano de idade
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	<p align="center"><u>CRESCER COM CUIDADOS</u></p> <p align="center">Segundas 4as feiras de cada mês das 10h às 13h</p> <p align="center"><u>CRESCER COM AUTONOMIA</u></p>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

	Terceiras 4as feiras de cada mês das 10h às 13h
MORADA	Sede da Ajuda de Mãe: Rua do Arco do Carvalhão, n.º 282 / 1350-026 Lisboa
CONTATO	Pessoa de referência: Fátima Silva Telefone: (+351) 21 382 78 50 E-mail: formacao@ajudadema.pt Sítio Internet: www.ajudadema.pt
OUTRAS INFORMAÇÕES	Estes cursos realizam-se na sede da Ajuda de Mãe em Lisboa, em caso excepcional realizam-se nos Gabinetes de Atendimento do Bairro 6 de Maio ou Apelação (ver informação sobre Associação Ajuda de Mãe), se número de utentes assim o justificar. As utentes são referenciadas para o curso pelas Instituições de Saúde. Necessitando de uma inscrição prévia por e-mail. Os cursos são gratuitos.

ESPAÇO MÃE



ORGANIZAÇÃO	Ajuda de Mãe.
DESTINATÁRIOS	Formação de mães adultas que revelem dificuldades na aquisição de competências parentais e no processo de reinserção social.
MISSÃO	<i>“A missão da Ajuda de Mãe é apoiar as mulheres grávidas, no respeito pela vida do bebé que vai nascer, para que, com esse apoio, cada mãe possa melhorar a vida da sua família.”</i> (AJUDA DE MÃE, 2012)
OBJETIVOS	Apostar no conhecimento essencial e necessário para ser mãe.
ATIVIDADES	<i>“Ao adquirir o conhecimento de cuidados materno-infantis, a mãe poderá dar continuidade em casa ao processo de formação concedido pela instituição. Ao participar em ateliers pré-profissionais de serviços domésticos, de costura ou outros, poderá contribuir para a sua reinserção social de uma forma consistente.”</i> (AJUDA DE MÃE, 2012)
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	3ª a 6ª feira na Sede em Lisboa da Ajuda de Mãe
MORADA	<u>SEDE DA AJUDA DE MÃE</u> Rua do Arco do Carvalhão, n.º 282 / 1350-026 Lisboa
CONTATO	Telefónico: (+351) 21 382 78 50 E-mail: ajudademae@ajudademae.pt Sítio Internet: www.ajudademae.pt
OUTRAS INFORMAÇÕES	Necessita de referenciação da Instituição de Saúde.

GRUPOS FORMAIS DE AJUDA

CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE (CNAI)



ORGANIZAÇÃO	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural I.P.
ANO DE FUNDAÇÃO	2004
DESTINATÁRIOS	Imigrantes
MISSÃO	Centro que reúne, num mesmo espaço, diferentes serviços, instituições e Gabinetes de Apoio ao Imigrante.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar apoio, informação, encaminhamento, aconselhamento; ▪ desenvolver actividades de mediação, nas questões/problemas que são colocados pelos clientes.
ATIVIDADES	<p>No CNAI encontram-se representadas diferentes instituições públicas e gabinetes de apoio com o objectivo de proporcionarem ao imigrante, numa mesma visita, a resolução de diversas questões relacionadas com a sua integração em Portugal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF); ▪ Segurança Social (SS); ▪ Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT); ▪ Conservatória dos Registos Centrais (CRC); ▪ Ministério da Educação (ME); ▪ Ministério da Saúde (MS); ▪ Gabinete de Apoio ao Reagrupamento Familiar (GARF); ▪ Gabinete de Apoio Jurídico ao Imigrante (GAJI); ▪ Gabinete de Apoio Social (GAS); ▪ Gabinete de Apoio à Habitação (GAH); ▪ Gabinete de Apoio ao Emprego (com duas recentes vertentes, uma de coordenação da Rede GIP Imigrante - Gabinete de Inserção Profissional - e outra especializada na área do Empreendedorismo); ▪ Gabinete de Apoio ao Imigrante Consumidor (GAIC); ▪ Gabinete de Apoio à Qualificação (GAQ).
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	De 2ª a 6ª das 8h às 17h.
CONTATO PARA PAIS/CUIDADORES	<p><u>CNAI (LISBOA)</u> Telefónico: <u>Linha SOS Imigrante:</u> 808 257 257 (a partir da rede fixa, custo de chamada local) 21 810 61 91 (a partir de rede móvel) (É possível marcação telefónica para agendar atendimento no CNAI)</p> <p>Morada: Rua Álvaro Coutinho, 14 1150-025 Lisboa</p> <p>E-mail: informacoes@cnai.acidi.gov.pt</p> <p>Sítio Internet: www.acidi.gov.pt</p>

AJUDA DE MÃE



ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1991
DESTINATÁRIOS	Grávidas e Mães.
MISSÃO	<i>“A missão da Ajuda de Mãe é apoiar as mulheres grávidas, no respeito pela vida do bebé que vai nascer, para que, com esse apoio, cada mãe possa melhorar a vida da sua família.”</i> (AJUDA DE MÃE, 2012)
OBJETIVOS	<i>“Apoiar a mulher grávida na construção e consolidação do projecto de gravidez e maternidade de cada mãe, para que o nascimento do bebé se torne num factor de melhoria de vida para a família.”</i> (AJUDA DE MÃE, 2012)
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Informa, encaminha e acolhe grávidas;</i>▪ <i>Informa na área da gravidez, sexualidade e planeamento familiar;</i>▪ <i>Forma as mães para a concretização de uma maternidade plena, que contribua para um desenvolvimento saudável dos seus filhos;</i>▪ <i>Promove a qualificação escolar das mães, de modo a que adquiram pelo menos a escolaridade obrigatória;</i>▪ <i>Promove a reinserção social e profissional das mães, tornando possível e mais qualificada a sua entrada no mercado de trabalho e a sua reinserção na sociedade;</i>▪ <i>Apoia a família.”</i> (AJUDA DE MÃE, 2012)
CONTATO	<p><u>SEDE DA AJUDA DE MÃE</u></p> <p>Telefone: (+351) 21 382 78 50</p> <p>Morada:</p> <p>Rua do Arco do Carvalhão, n.º 282 / 1350-026 Lisboa</p> <p>E-mail: ajudademae@ajudademae.pt</p> <p>Sítio Internet: http://www.ajudademae.pt/inicio</p>

	<p><u>GABINETES DE ATENDIMENTO:</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <u>Bairro 6 de Maio</u>, no antigo Centro Social do Bairro 6 de Maio, Estrada Militar, Venda Nova, Amadora – 4ª e 6ªs Feiras das 10h às 17h, numa parceria com o C.S. do Bairro 6 de Maio.▪ <u>Apelação</u>, no Centro Comunitário da Apelação, Rua Henrique Barbosa, Bº da Quinta da Fonte, Apelação, Loures – às 4ªs Feiras, das 10h às 17h.▪ <u>Oeiras</u>, no Centro Comunitário do Alto da Loba – Rua Instituto Conde Agrolongo, 39, Alto da Loba, Paço d’Arcos – às 3ªs Feiras, das 10h às 13h e das 14.00h às 17h, numa parceria com a Câmara Municipal de Oeiras.
<p>TIPO DE AJUDA DISPONIBILIZADA</p>	<p>Disponibilizam bens materiais (nomeadamente leite, fraldas ou outros bens necessários) para crianças até 1 ano de idade.</p> <p>Não necessita de referênciação por parte de uma Instituição, pelo que os utentes podem recorrer à Ajuda de Mãe, a título individual e particular.</p> <p>É necessária a marcação de uma reunião de avaliação das necessidades (triagem), procurando dar apoio integrado, acompanhando a família não só em bens materiais como capacitando-a na aquisição de forma independente, de outros apoios (nomeadamente o RSI, abonos de família).</p>

ASSOCIAÇÃO PASSO A PASSO



ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).
DESTINATÁRIOS	Crianças/Famílias em risco.
ANO FUNDAÇÃO	2001
MISSÃO	<p>Prestar apoio multidisciplinar às Famílias, no sentido de criar condições para que estas possam manter consigo as Crianças, evitando a institucionalização.</p> <p><i>“Resposta social vocacionada para o estudo, a prevenção e o apoio sócio-terapêutico a Crianças e jovens em situação de risco social ou de perigo, bem como às suas Famílias. A intervenção é centrada na Família, através de uma abordagem integrada dos recursos da comunidade e é desenvolvida por equipas multidisciplinares, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da população alvo...uma resposta inovadora”</i> (Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança, 2004)</p>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Prevenir a institucionalização infantil.</i> ▪ <i>Estabelecer de imediato uma relação criança/família, nas situações consideradas em risco psicossocial.</i> ▪ <i>Promover e defender a dignificação da maternidade e paternidade.</i> ▪ <i>Proteger a criança e o jovem com vista ao seu desenvolvimento integral.</i> ▪ <i>Proteger a família tendo em vista a efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal de todos os seus membros.</i> ▪ <i>Colaborar com os pais e as mães, promovendo a realização da relação de vinculação.”</i> (PASSO A PASSO, 2012)
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Ajuda a criar as condições psicossociais necessárias a um desenvolvimento equilibrado da Criança.</i> ▪ <i>Possui equipas multidisciplinares formadas por Assistentes Sociais, Psicólogas, Educadores, Enfermeiros e Nutricionista que junto das Famílias das Crianças funcionam como referência de apoio.</i> ▪ <i>Presta apoio domiciliário.</i> ▪ <i>Faz Assistência comportamental – ajuda a realizar tarefas, colabora no desbloqueamento de situações ligadas a questões de imigrantes ilegais, desemprego, acesso a serviços de saúde, educação e outros.</i> ▪ <i>Presta apoio em termos de suporte material, que passa por apoio em alimentos, medicamentos, roupas, transportes, géneros, etc.</i> ▪ <i>Presta apoio emocional/aconselhamento.</i> ▪ <i>Colabora com várias Universidades e institutos na orientação de estágios, trabalhos de investigação das Licenciaturas de</i>

“MANUAL DE RECURSOS E APOIOS DA COMUNIDADE”

	<i>Serviço Social e Psicologia.</i> (PASSO A PASSO, 2012)
CONTATO	Telefónico: (+351) 21 436 77 31 / 92 681 47 82 Morada em Sintra: Bairro Almeida Araújo, Casa 33 2745 Queluz de Baixo – Sintra (junto ao Palácio Queluz) E-mail: passoapasso.sintra@sapo.pt

CAV – CENTRO DE APOIO À VIDA



ORGANIZAÇÃO	O Vigilante – Associação de Socorros Médicos.
DESTINATÁRIOS	Bebés de risco.
MISSÃO	<i>“Vela pelo bem-estar físico, emocional e psicológico das mães e dos seus bebés.”</i> (O VIGILANTE, 2012)
OBJETIVOS	Apoiar os bebés de risco.
ATIVIDADES	Aconselhamento psicológico e formação das mães; Distribuição de artigos essenciais aos primeiros meses do bebé, tais como: roupinhas, produtos de higiene, brinquedos, equipamentos e outros artigos.
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	De 2 ^a a 6 ^a feira
MORADA	Rua 5 de Outubro, Nº 7 B 2700-197 AMADORA
CONTATO	Pessoa de referência: Dra Lília Varanda Telefónico: (+351) 21 498 99 00 (Para ligar gratuitamente enviar um SMS para o número 3322, com o texto 421672) E-mail: cav@ovigilante.pt
TIPO DE APOIO DISPONIBILIZADO	<p>Presta apoio de forma gratuita à grávida e crianças até aos 6 meses de idade que sejam da zona da Amadora (disponibiliza bens materiais).</p> <p>Não necessita de referenciação por Instituição de Saúde, pelo que as pessoas podem procurar o apoio da Associação, a título individual.</p> <p>A disponibilização de apoio e bens materiais está dependente de um primeiro contato (triagem), cuja marcação deverá ser feita ou telefonicamente ou pessoalmente.</p> <p>É feita uma avaliação da situação familiar com uma assistente social, que determina o tipo de ajuda necessária (acompanhamento psicológico, ajuda na aquisição de emprego, necessidade de bens materiais, entre outros). Para tal é necessário que a pessoa esteja em posse de alguns documentos, como sejam:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cartão de cidadão ou BI dos elementos da família; – Comprovativos dos rendimentos (ex. documento justificativo da inscrição no centro de emprego, IRS); – Comprovativo de despesas (ex. conta da luz, água, etc.) <p>Após a primeira avaliação, poderá haver uma demora entre um mês a um mês e meio para dar resposta ao apoios de que a família/criança necessitam.</p>

GABINETE DE APOIO À VÍTIMA (GAV)



ORGANIZAÇÃO	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
DESTINATÁRIOS	Pessoas (adultos/crianças) vítimas de violência.
MISSÃO	<i>“Apoiar as vítimas de crime, suas famílias e amigos, prestando-lhes serviços de qualidade, gratuitos e confidenciais e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas, sociais e privadas centradas no estatuto da vítima.” (APAV, 2012)</i>
OBJETIVOS	<i>“Apoiar, de forma qualificada, vítimas de crime, seus familiares e amigos.” (APAV, 2012)</i>
ATIVIDADES	Informação, apoio e acolhimento de pessoas (adultos/crianças) vítimas de violência doméstica.
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	Dias úteis das 10h às 13h e das 14h às 17h30
CONTATO	<u>GABINETE DE APOIO À VÍTIMA (GAV) DE LISBOA</u> Telefone: (+351) 21 358 79 00 Morada: Rua José Estêvão, 135 A, Piso 0 1150-201 Lisboa E-mail: apav.sede@apav.pt Sítio Internet: www.apav.pt

OLÁ BEBÉ



ORGANIZAÇÃO	Junta de Freguesia de Massamá
ANO DE FUNDAÇÃO	2012
DESTINATÁRIOS	Bebés até 1 ano residentes na área da Junta de Freguesia de Massamá
MISSÃO	Apoio em bens alimentares (leite) para o bebé até 1 ano de idade.
OBJETIVOS	Promover e dar resposta a uma alimentação adequada no bebé, quando em situações de dificuldades socio-económicas familiares.
ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecimento de leite para o bebé até 1 ano de idade.
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	3ª feira de manhã das 10h às 13h.
MORADA	R. Dr. Francisco Ribeiro de Spínola, s/n, Massamá 2745-872 Queluz
CONTATO	Pessoas de Referência: Teresa Velosa Alexandra Carvalho Telefónico: (+351) 21 439 23 31 / 21 438 91 71 Sítio Internet: http://www.jf-massama.pt
OUTRAS INFORMAÇÕES	Serviço gratuito para residentes na freguesia de Massamá. As pessoas que procuram este serviço, pode ser referenciadas pelo HFF ou podem mesmo procurar este apoio a título particular. Para beneficiar deste apoio é necessário que os pais/cuidadores do bebé, apresentem alguns documentos, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia do CS/Hospital (com especificação do tipo de leite; eventuais contra-indicações) ▪ Estarem inscritos no CS de Cacém/Queluz; ▪ Boletim Individual de Saúde; ▪ Boletim de Vacinas; ▪ Consultas de Saúde Materna atualizadas.

UNIDADE DE APOIO AO DOMICÍLIO (UMAD)



ORGANIZAÇÃO	HFF em colaboração com a Fundação do Gil.
DESTINATÁRIOS	Mães e recém-nascidos.
ANO DE FUNDAÇÃO	2009
MISSÃO	Promover a reinserção das crianças com alta clínica, nos seus ambientes familiares de origem
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Promover a integração da criança na família e no meio social sempre que possível, assim como vigiar o doente crónico em fase de estabilização clínica no domicílio e diminuir o número de internamentos;</i> ▪ <i>Adaptar os cuidados de suporte técnico domiciliário à realidade de cada família e diminuir as deslocações aos hospitais, através da vigilância e aplicação de terapêuticas no domicílio;</i> ▪ <i>Promover um ambiente seguro e baixar os custos de internamento.” (FUNDAÇÃO DO GIL, 2012)</i>
ATIVIDADES	<i>“No Hospital Fernando da Fonseca, este projeto visa garantir a assistência a aproximadamente 88 crianças, num total de 602 visitas por ano, na área da Amadora, Cacém e Sintra. A equipa é composta por quatro enfermeiras, dois médicos e uma assistente social, irá prestar apoio a crianças ventiladas no domicílio, prematuros, diabéticos, situações de deficiência imunológica e degranocitoses.” (FUNDAÇÃO DO GIL, 2012)</i>
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	Segundas e terças feiras.
CONTATO	Telefónico: (+351) 21 388 09 15
OUTRAS INFORMAÇÕES	A referenciação para esta Unidade de apoio é feita por meio de impresso próprio pela equipa de saúde, e por consentimento do responsável (pais/cuidadores) da criança.

VAMOS DAR DE MAMAR... EM CASA!



ORGANIZAÇÃO	Projecto da Ajuda de Mãe, com a parceria da Associação SOS Amamentação e com o apoio da Direcção Geral de Saúde.
DESTINATÁRIOS	Mães e recém-nascidos com dificuldades na amamentação.
MISSÃO	Promoção do aleitamento materno.
OBJETIVOS	Apoiar ao domicílio, mães e recém-nascidos com dificuldades na amamentação.
ATIVIDADES	Uma conselheira em aleitamento materno, dá apoio domiciliário a mães e recém-nascidos com dificuldades na pega, na extração e recolha de leite, nas fissuras, nas mastites, etc e que não é possível resolver através da linha telefónica e, simultaneamente, pela impossibilidade da mãe e do bebé se deslocarem a um Cantinho da Amamentação.
HORÁRIO FUNCIONAMENTO	Dias úteis das 10h às 18h.
CONTATO	Telefónico: (+351) 21 388 09 15 da Linha SOS Amamentação E-mail: dardemamarsim@ajudademae.pt
OUTRAS INFORMAÇÕES	Serviço gratuito. Na área de abrangência de Lisboa e Vale do Tejo. É realizada visita domiciliária sempre que requisitado pela mãe. A partir de 1 mês de idade do bebé, é preferencialmente dado apoio num local num cantinho de amamentação, que seja na sede ou noutros locais de apoio disponíveis, como sejam: <ul style="list-style-type: none">▪ Bairro 6 de maio (4ª feira de manhã das 10h às 13h);▪ Apelação (2ª feira de manhã das 10h às 13h);▪ Alto da Loba (depende das necessidades das mães).

SÍTIOS INFORMATIVOS

AMAMENTAR



SITIO INTERNET	http://www.amamentar.net/
ORGANIZAÇÃO	Alto Comissariado da Saúde
DESTINATÁRIOS	Cidadãos; Mães/Pais; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
TEMAS ABORDADOS	<p>Mães e Pais:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Porquê falar em aleitamento materno;▪ Aleitamento materno: porquê, como e quando (como funciona o aleitamento materno; quando o aleitamento materno não é possível; o apoio necessário ao aleitamento materno; quais são as recomendações);▪ Antes, durante e após o nascimento (durante a gravidez, na maternidade/hospital, os primeiros dias em casa);▪ Aspectos práticos do aleitamento materno (prevenção e resolução de problemas comuns, bebés com situações especiais (nomeadamente a prematuridade, fenda palatina), extrair, conservar e transportar o leite materno);▪ Saúde e hábitos da mãe (alimentação, atividade física, medicamentos e drogas, álcool, tabaco, contraceção, doenças);▪ Mais tarde (regresso ao trabalho, o desmame do bebé e início de outros alimentos, aleitamento materno prolongado);▪ Tornar-se pai (participação do pai no aleitamento materno, disposições legais aplicáveis à paternidade);▪ Outros (outros desafios importantes, tristeza e depressão, a importância do descanso, a relação do casal e o desejo sexual);▪ Perguntas frequentes;▪ Escalas de autoavaliação (“O que eu já sei sobre a amamentação?”; Desejo de amamentar; “Ambiente dos Cuidados de Saúde”; “Capacidade Percebida”);▪ Disposições Legais aplicáveis ao aleitamento materno em Portugal (Constituição da República Portuguesa, Convenção dos Direitos da Criança, Apoio a pais e mães estudantes, Código do Trabalho e Regulamentação, Código de Ética). <p>Profissionais de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Importância de falar em amamentação;▪ Papel dos profissionais de saúde (educação/formação para o aleitamento materno, aconselhamento em aleitamento materno, políticas de aleitamento materno);▪ Fundamentos do aleitamento materno (vantagens; anatomia e fisiologia, padrão normal de aleitamento materno; contra indicações; papel do pai, família e outros; mulher jovem);▪ Antes e após o nascimento (durante a gravidez, na maternidade/hospital, os primeiros dias em casa);▪ Prevenção e resolução de problemas (dor/trauma e outros problemas da mama; variações das mamas e outros

problemas das mamas; problemas de produção de leite; engorgitamento, mastite e abcesso mamário; sangue no leite; bebé que chora (choro frequente) pouco leite; arrotar, bolsar, vomitar, soluçar; desmame (supressão da lactação));

- Bebés com situações especiais (prematuros, gémeos, lábio leporino e fenda palatina, síndrome de Down, infeções, bebés doentes e internados);
- Extrair, conservar e transporte leite (extrair leite, conservar e transportar leite, alimentação por copo, mamilos artificiais, papel do pai, família e outros, relactação);
- Regresso ao trabalho;
- A mãe (alimentação, atividade física, drogas, álcool, tabaco, contraceção, doença menor);
- Desmame e alimentação do bebé (recusa em alimentar-se, outros leites, diversificação alimentar, vitaminas, flúor, etc, aleitamento materno prolongado);
- O papel do pai (participação dos homens na amamentação);
- Perguntas frequentes;
- Escalas de avaliação;

Empregadores:

- Empresas Amigas da Amamentação;
- Disposições legais aplicáveis ao aleitamento materno em Portugal;

Iniciativa Amigos dos Bebés:

- Declaração de Innocenti;
- O processo de avaliação para um hospital ser designado “Amigo dos Bebés”;
- A Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés;
- Serviços de Saúde Amigos dos Bebés;
- 10 Medidas para ser considerado Hospital Amigos dos Bebés;
- 7 Medidas para ser considerada Comunidade Amiga dos Bebés.

Notícias.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMÍLIAS NUMEROSAS (APFN)



SITIO INTERNET	http://www.apfn.com.pt
ORGANIZAÇÃO	Associação criada por grupo de pais com três ou mais filhos.
ANO DE FUNDAÇÃO	1999
DESTINATÁRIOS	Famílias numerosas.
MISSÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Defesa dos legítimos interesses das famílias numerosas, designadamente em matéria fiscal, de habitação, saúde e educação;</i>▪ <i>Defesa do princípio do rendimento "per capita";</i>▪ <i>Promoção de acções de solidariedade e apoio mútuo entre famílias numerosas;</i>▪ <i>Obtenção de facilidades e descontos para os associados;</i>▪ <i>Desenvolvimento de iniciativas de carácter sócio-cultural e de divulgação dos valores da família.”</i> (APFN, 2012)
TEMAS ABORDADOS	Apresentação da Associação APFN; Divulgação essencialmente de informação relacionada com os direitos, legislação e apoios do Estado Português às famílias numerosas.

ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL



Associação para a Promoção
da Segurança Infantil

SITIO INTERNET	www.apsi.org.pt
ORGANIZAÇÃO	Associação privada sem fins lucrativos, com o estatuto de entidade pública.
ANO DE FUNDAÇÃO	1992
DESTINATÁRIOS	Público geral; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção da segurança infantil.
TEMAS ABORDADOS	<p>Apresentação da APSI; Atividades formativas para público geral e específicas para profissionais de saúde (como por exemplo demonstração prática de montagem de cadeirinhas de transporte no automóvel, condução defensiva, entre outros); Divulgação de informação relacionado com segurança, a nível de:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Segurança rodoviária;▪ Segurança em casa;▪ Espaço de jogo e recreio;▪ Segurança na água;▪ Emergências (medidas a adotar em caso de queimaduras, intoxicações, cortes, eletrocussão, monóxido de carbono, ligar 112, números de telefone úteis).



BANCO DE INFORMAÇÃO DE PAIS PARA PAIS (BIPP)

SITIO INTERNET	http://www.bipp.pt
ORGANIZAÇÃO	Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).
ANO DE FUNDAÇÃO	2005
DESTINATÁRIOS	Pais /cuidadores de crianças com necessidades de saúde especiais.
MISSÃO	<i>“Promover a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade através da procura de soluções adequadas a cada caso e criação de respostas que satisfaçam as suas necessidades.” (BIPP, 2012)</i>
TEMAS ABORDADOS	<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do BIPP (O que é; Objetivo; História; Equipa; Apoios Necessários; Estatutos);▪ Testemunhos (de Pais e Profissionais de Saúde);▪ Documentação variada relacionada com apoios e recursos disponíveis a nível nacional/local para os pais (no que diz respeito aos temas da educação, saúde, apoios, integração profissional, intervenção precoce e segurança social).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)



SITIO INTERNET	http://www.dgs.pt
ORGANIZAÇÃO	Serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa.
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Cidadãos em geral.
MISSÃO	<i>“Regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, planejar e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde.”</i> (DGS,2012)
TEMAS ABORDADOS	<p>Descrição da Instituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Direcção e Serviços; ▪ Consultores; ▪ Programas de Saúde Prioritários; ▪ Outros Programas e Projetos; ▪ Aplicações e Formulários; ▪ Informação e Comunicação; ▪ Programas de Apoio Financeiro; ▪ SIADAP (Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública). <p>Disponibilização de informação variada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde de A a Z; ▪ Documentos e Publicações (em diversas áreas das saúde); ▪ Estatísticas; ▪ Normas, Orientações e Informações.



DIAGNÓSTICO PRECOCE

SITIO INTERNET	http://www.diagnosticoprecoce.org
ORGANIZAÇÃO	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Centro de Saúde Pública Dr. Gonçalves Ferreira.
ANO DE FUNDAÇÃO	1979 (site criado em 2003).
DESTINATÁRIOS	Público Geral; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Divulgação do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce e o rastreio que faz das Doenças Hereditárias do Metabolismo.
TEMAS ABORDADOS	Divulgação de informação relacionada com : <ul style="list-style-type: none">• Evolução ao longo das décadas do Diagnóstico Precoce;• Teste do Pezinho (organização, doenças restreadas, centros de tratamento, produtos hipoproteicos);• Consulta on-line do resultado do teste do pezinho da criança (por meio de introdução do número do código de barras).

LEITE MATERNO	
SITIO INTERNET	http://www.sosamamentacao.org.pt/
ORGANIZAÇÃO	<p>Primeiro site construído em Portugal sobre aleitamento materno. Construído por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Celina Pires (licenciada em Medicina em 1995, Conselheira em aleitamento materno pela OMS/UNICEF e consultora de lactação certificada pelo International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLC). Membro da Academy of Breastfeeding Medicine); ▪ Paula Rabaça (licenciada em Direito em 1997, integra a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Manteigas); ▪ Luís Santos (Curso de Realização Plástica do Espectáculo na Escola Superior de Teatro e Cinema, responsável pelas ilustrações do site)
ANO DE FUNDAÇÃO	2005
DESTINATÁRIOS	Grávidas e/ou puerperas. Pais.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
TEMAS ABORDADOS	<p>Informação disponibilizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravidez (antes do parto, fazer a mala, o banho do bebé); ▪ Porquê amamentar; ▪ Recomendações OMS; ▪ A posição; ▪ Perguntas frequentes: <ul style="list-style-type: none"> – Durante a gravidez como posso preparar-me para amamentar? – Durante a gravidez a preparação dos mamilos para amamentar é importante? – Posso não ter leite suficiente para o meu bebé? – E se o meu leite for fraco? – De quanto em quanto tempo devo dar leite ao meu bebé? – Quanto tempo deve durar cada mamada? – Em cada mamada, deve mamar nos dois peitos ou apenas em um? – Como posso aumentar a quantidade de leite que produzo? – Não estará a fazer do meu peito uma chupeta? – O meu filho já fazia um intervalo de três horas entre cada mamada, mas hoje está a querer mamar a toda a hora. Será que o meu leite ficou fraco? – Ate quando devo amamentar o meu bebé? – O meu filho já fez dois anos e continua a querer mamar. Tenho ouvido alguns comentários negativos a esse respeito porque ele já é “crescido”. Devo desmamá-lo? ▪ Extrair e conservar o leite; ▪ Trabalhar e Amamentar; ▪ Direitos (legislação); ▪ Dormir com o bebé;

- Pano porta-bebés;
- Testemunhos (dificuldades iniciais, amamentar gémeos, bebé debilitada, preconceitos);
- Hiperligações (blogs sobre amamentação).

RARISSÍMAS



(ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFICIÊNCIAS MENTAIS E RARAS)

SITIO INTERNET	http://www.rarissimas.pt
ORGANIZAÇÃO	Associação criada por grupo de pais, com filhos portadores de deficiências mentais e raras.
ANO DE FUNDAÇÃO	2002
DESTINATÁRIOS	Pais /cuidadores de crianças com necessidades de saúde especiais; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Divulgação das Doenças Mentais e Raras.
TEMAS ABORDADOS	Apresentação da Associação Raríssimas; Serviços disponíveis aos pais (Linha Rara e Centro Raríssimo); Acesso a uma lista de doenças por ordem alfabética; Medicamentos órfãos; Notícias relacionadas com os direitos de portadores de doenças raras e seus familiares.

**SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA
SOCIEDADE
PORTUGUESA DE PEDIATRIA**



SITIO INTERNET	http://www.lusoneonatologia.com/pt
ORGANIZAÇÃO	Secção de Neonatologia (SN) que integra a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Sociedade constituída por profissionais de saúde (sócios) de diversas áreas relacionadas com o RN (nomeadamente pediatras, neonatologistas, entre outros).
ANO DE FUNDAÇÃO	1986
DESTINATÁRIOS	Pais/cuidadores; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	A formação e atualização dos profissionais que exercem funções em neonatologia (promovendo a participação em seminários, reuniões temáticas e congressos nacionais e internacionais); A identificação e investigação dos problemas neonatais portugueses, na procura de melhores respostas a nível local e nacional. A promoção da investigação na área da neonatologia. (SN, 2012)
TEMAS ABORDADOS	<p>Descrição da Secção de Neonatologia; Informação disponibilizada aos pais (sob a forma de ficheiro digital para download), com os temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nascer prematuro em Portugal; ▪ O parto prematuro; ▪ Os pais e os bebés prematuros; ▪ Os pais; ▪ Competências do bebé prematuro; ▪ O ambiente nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; ▪ A presença dos pais nas UCIN's; ▪ A pele do prematuro; ▪ Os problemas respiratórios do prematuro; ▪ O coração do bebé prematuro; ▪ Nutrição do prematuro; ▪ Como conservar leite materno; ▪ Infecções e prematuridade; ▪ O cérebro, o olho, o ouvido e as sequelas; ▪ Crescimento e desenvolvimento – considerações gerais; ▪ Desenvolvimento do prematuro – sinais de alarme; ▪ Os gémeos e outros múltiplos; ▪ Os irmãos mais velhos do prematuro. <p>Artigos e Boletins de publicação digital da SN. Relatórios; Consensos; Apresentações de trabalhos em congressos e outros eventos; Eventos (divulgação de eventos nacionais e internacionais e eventos anteriormente já realizados); Bolsas (para Investigação em Neonatologia) e Prémios atribuídos. Dúvidas e Sugestões (espaço público de pedidos de esclarecimento)</p>

ASSOCIAÇÃO SOS AMAMENTAÇÃO



SITIO INTERNET	http://www.sosamamentacao.org.pt/
ORGANIZAÇÃO	Sem fins lucrativos. Voluntárias com formação em Aconselhamento em Aleitamento Materno, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF.
ANO DE FUNDAÇÃO	2003
DESTINATÁRIOS	Mães que amamentam; Grávidas; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
TEMAS ABORDADOS	<p>Apresentação da Associação SOS Amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Linha SOS;▪ Curso amamentação;▪ Estatutos. <p>Amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vantagens;▪ Como amamentar;▪ Problemas frequentes;▪ Artigos (relacionados com a amamentação). <p>Fórum aberto ao público para esclarecimento de dúvidas on-line. Recursos (disponibiliza pequenos documentários sobre amamentação, direcionados ao público geral). Divulgação de Cursos e Workshops para pais sobre aleitamento materno.</p>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP)



SITIO INTERNET	www.spp.pt
ORGANIZAÇÃO	Associação de utilidade pública, sem fins lucrativos. Sociedade constituída por profissionais de saúde (sócios) de diversas áreas relacionadas com a Criança (nomeadamente pediatras, neonatologistas, entre outros).
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Pais/cuidadores; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	A promoção da Criança em Portugal e no mundo.
TEMAS ABORDADOS	<p>Descrição da SPP; Disponibilização de informação variada a profissionais de saúde (nomeadamente congressos, formação, links e publicação de artigos); Informação disponibilizada aos pais com os temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenção (vacinas, prevenção da morte súbita, saúde oral, mais recomendações); ▪ Serviços (Hospitais, Saude24 Pediatria, Gabinete de Mediação Familiar, Crianças e Jovens em Risco e em Perigo, Crianças e jovens com deficiência); ▪ Amigos das Crianças (Associações, ligações, informação relacionada); ▪ Ligações úteis; ▪ Dossier de Imprensa (divulgação de artigos publicados, disponível em formato digital, dirigidos aos pais); ▪ Direitos (Criança Hospitalizada, Criança Diabética, Criança em ambulatório, Direitos e deveres dos doentes, Direitos da Criança); ▪ Textos de Apoio (Manual do Aleitamento Materno).

VAMOS DAR DE MAMAR



SITIO INTERNET	http://www.vamosdardemamar.org
ORGANIZAÇÃO	Projecto da Ajuda de Mãe, com a parceria da Associação SOS Amamentação e com o apoio da Direcção Geral de Saúde.
DESTINATÁRIOS	Mães que amamentam; Grávidas; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
TEMAS ABORDADOS	<p>Apresentação do Projecto “Vamos Dar de Mamar” (contactos, notícias).</p> <p>Aleitamento Materno - Perguntas Frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Porquê amamentar;▪ Como posso aumentar a produção de leite materno;▪ O que fazer quando aparecem fissuras nos mamilos;▪ Como é que sei que o meu leite está a ser suficiente para alimentar o meu bebé;▪ Já ouvi falar em leite fraco. Como é que eu sei que o meu leite é fraco;▪ Como é que se pode conservar o leite materno. E durante quanto tempo pode ser guardado;▪ É verdade que a amamentação pode ajudar a evitar uma nova gravidez;▪ Que alimentos é que a mãe deve evitar durante a amamentação;▪ Até quando é que a criança deve ser amamentada. <p>Produtos e Livros (apresentação de uma lista de material de apoio à amamentação que as mães poderão adquirir por meio de encomenda)</p> <p>Testemunhos (de mães apoiadas pelo Projecto “Vamos Dar de Mamar”)</p> <p>Lista de Centros de Saúde onde existe espaço de amamentação “Cantinhos da Amamentação” ou aconselhamento.</p> <p>“Vamos Dar de Mamar...em Casa” (apresentação do apoio domiciliário disponibilizado às mães com dificuldades em amamentar e que não se podem deslocar a um “Cantinho da Amamentação”).</p> <p>Formação disponibilizada para Pais e Profissionais de Saúde.</p>

XXS ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO AO BEBÉ PREMATURO



SITIO INTERNET	www.xxs-prematuros.com ; www.facebook.com/xxs.prematuros
ORGANIZAÇÃO	Sem fins lucrativos. Grupo de pais de bebés prematuros.
ANO DE FUNDAÇÃO	2008
DESTINATÁRIOS	RN e Crianças prematuras; Pais/cuidadores de crianças prematuras; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	<i>“Ajudar os bebés prematuros, e as suas famílias, a ultrapassar aqueles que poderão ser os momentos mais difíceis das suas vidas”</i> (XXS, 2012).
TEMAS ABORDADOS	<p>Apresentação da XXS - Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro;</p> <p>Bebé prematuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O que é um bebé prematuro; ▪ Porque é que o vosso bebé nasceu prematuro; ▪ O que dizem as estatísticas; ▪ O que vai acontecer ao vosso bebé durante os próximos tempos; ▪ Aleitamento materno; ▪ Possíveis complicações; ▪ Crescimento e desenvolvimento do vosso bebé; ▪ Prevenção da prematuridade; ▪ Glossário (ajuda a compreender termos técnicos e siglas que são frequentemente utilizados na UCIN). <p>Pais e família:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emoções dos pais; ▪ O que podem fazer pelo vosso bebé; ▪ Família e amigos; ▪ Necessidades dos pais; ▪ Regresso a casa; ▪ Nascimento múltiplos; ▪ Morte do bebé; ▪ Rede de apoios; ▪ Informações/Links úteis; ▪ Livros recomendados; ▪ História de pais na primeira pessoa; ▪ Prematuros famosos; ▪ Legislação (permite o download do Guia dos Direitos dos Pais na Gravidez e na Parentalidade). <p>Notícias/Agenda (divulgação de eventos nacionais relacionados com a prematuridade).</p> <p>No sítio www.facebook.com/xxs.prematuros são divulgados eventos e notícias atuais (nacionais e internacionais) de temas diversos relacionados com a prematuridade na criança/cuidadores.</p>

SÍTIOS DE AJUDA MÚTUA

NAScer PREMATURO	
SITIO INTERNET	http://www.nascerprematuro.org
ORGANIZAÇÃO	Site elaborado por mãe de bebé prematuro que nasceu em 2004.
ANO FUNDAÇÃO	2006
DESTINATÁRIOS	Pais de prematuros.
MISSÃO	Partilha de informação e de experiências e de emoções relacionadas com a prematuridade dos bebés e pais.
TEMAS ABORDADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porquê este site (apresentação breve do motivo de surgimento do site, por forma a dar resposta à necessidade de partilha de ideias, entre pais que vivem a experiência da prematuridade dos filhos); ▪ Gravidez e prevenção; ▪ O bebé prematuro (dicionário, nascimento, unidade de cuidados intensivos, principais complicações, idades corrigida/idade real, os pais, a família/os amigos, o regresso a casa, o acompanhar do bebé); ▪ Fatos e curiosidades; ▪ Histórias prematuras; ▪ Sem pressas; ▪ O nosso fórum; ▪ Livro de visitas (testemunhos de pais com filhos prematuros); ▪ Web links.
CONTATO	E-mail: contacto@nascerprematuro.org

SER PREMATURO



SITIO INTERNET	www.serprematuro.com , http://www.facebook.com/serprematuro/info
ORGANIZAÇÃO	Grupo de pais de prematuros.
ANO FUNDAÇÃO	2007
DESTINATÁRIOS	Pais de prematuros.
MISSÃO	Partilha de informação e de experiências, entre pais de prematuros.
TEMAS ABORDADOS	Espaço de partilha de ideias, eventos, notícias, de forma informal, relacionadas com a prematuridade.
CONTATO	E-mail: serprematuro@meo.pt

LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO

CENTRO INFORMAÇÃO ANTIVENENOS



CONTATO TELEFÓNICO	Linha de Atendimento (24 horas por dia, custo de chamada local): 808 250 143
ORGANIZAÇÃO	Integrado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).
ANO FUNDAÇÃO	1982
DESTINATÁRIOS	Público Geral; Profissionais de Saúde.
MISSÃO	“Presta todo o tipo de informações referentes a intoxicações agudas ou crónicas, relativas ao diagnóstico, quadro clínico, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos.” (CIAV, 2012)
OBJETIVO DA LINHA	Atendimento telefónico médico na área da toxicologia, que procura prestar, em tempo útil, as informações necessárias e adequadas numa abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação.

LINHA RARA



CONTATO TELEFÓNICO	<p>Atendimento (das 9h às 19h): 707 100 200</p> <p>(custo de 10 cêntimos rede fixa; 25 cêntimos rede móvel)</p>
ORGANIZAÇÃO	<p>Linha criada pela Associação Nacional de Doenças Mentais e Raras (criada por grupo de pais, com filhos portadores de deficiências mentais e raras).</p>
ANO DE FUNDAÇÃO	<p>2002</p>
DESTINATÁRIOS	<p>Pais /cuidadores de crianças com necessidades de saúde especiais; Profissionais de Saúde.</p>
MISSÃO	<p>Apoio e informação aos pais sobre Doenças Mentais e Raras.</p>
OBJETIVO DA LINHA	<p>Atendimento telefónico com o apoio da Direcção Geral de Saúde (DGS), que visa dar resposta a dúvidas e questões, de portadores de doenças raras e familiares, de profissionais de saúde e acção social entre outros. A equipa de atendimento tem uma base de formação superior, componente humana e conduta ética, funcionando em estreita colaboração com profissionais da área da Saúde, Acção Social, Direito, Psicologia, Clínica e Psicomotricidade.</p> <p><i>“Disponibiliza informação personalizada sobre patologias raras, instituições e especialidades de acompanhamento médico, avanços científicos e terapêuticos, ajudas técnicas e apoios sociais, e contactos de associações Portuguesas e/ou Estrangeiras que se dediquem a estas patologias raras.” (RARÍSSIMAS, 2012)</i></p>

SAÚDE 24



CONTATO TELEFÔNICO	Linha de Atendimento (24 horas por dia – custo de chamada local): 808 24 24 24
ORGANIZAÇÃO	Iniciativa do Ministério da Saúde.
DESTINATÁRIOS	Público Geral.
MISSÃO	<i>“Visa responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos Utentes para as instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde mais adequadas”. (S24, 2012)</i>
OBJETIVO DA LINHA	Atendimento telefónico 24 horas, por profissionais de saúde (enfermeiros), onde é feita: Triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença; Aconselhamento terapêutico; Assistência em Saúde Pública (em temas relacionados com Gripe, Verão/Calor, Emergências e Intoxicações); Informação geral de saúde (nomeadamente localização de unidades de saúde que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde, farmácias de serviço).

LINHA SOS AMAMENTAÇÃO



CONTATO TELEFÓNICO	<p>Linha Geral de Atendimento (das 10h às 18h): 21 388 09 15</p> <p>Atendimento 24 horas: 915 340 900 Isabel Rute (Lisboa/Linda-a-Velha) 934 511 353 Ana Raposeira (Caldas da Rainha) 934 300 906 Teresa Félix (Lisboa/Oeiras) 933 708 953 Helga Matos (Amadora/Belas) 966 774 202 Sílvia Oliveira (Madeira) 962 810 217 Sofia Gonçalves (Lourinhã) 969 610 288 Sara Nobre (Aveiro)</p> <p>Atendimento parcial: 914 008 279 Eugénia Botelho (Loures/Malveira) 2ª e 4ª a partir das 22h 919 498 254 Lucília Manuela (Cascais) 9h00-12h30 4ª e Sáb todo o dia 964 520 687 Catarina Barão (Alfragide/Loures) 4ª, 5ª e 6ª a partir das 22h 966 917 351 Helena Cepêda (Faial/Açores) Todos os dias das 17h-20h 911 060 838 Ana Lúcia Freire (Cadaval) 5ª e 6ª todo o dia 964 752 975 Susana Margarido (Guarda) 2ª a 5ª a partir das 17h Sábado e domingo todo o dia</p>
ORGANIZAÇÃO	Associação SOS Amamentação.
ANO DE FUNDAÇÃO	1998
DESTINATÁRIOS	Mães que amamentam.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
OBJETIVO DA LINHA	Atendimento telefónico por voluntárias com formação em Aconselhamento em Aleitamento Materno, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da UNICEF. Disponível 24 horas por dia, dirigida às mães em lactação, que procura ajudar, informar e/ou encaminhar as mães com dúvidas relacionadas com a amamentação.

LINHA SOS IMIGRANTE



CONTATO TELEFÓNICO	Atendimento (das 8h30 às 20h30): 808 257 257 (custo de chamada local) / 21 810 61 91																												
ORGANIZAÇÃO	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.																												
ANO DE FUNDAÇÃO	2003																												
DESTINATÁRIOS	Imigrantes e Profissionais de Saúde.																												
MISSÃO	“Disponibilizar a imigrantes e respectivas associações, bem como a empresas e órgãos da administração pública, um serviço de atendimento telefónico capaz de prestar informação geral sobre as problemáticas da imigração. ” (LINHA SOS IMIGRANTE, 2012)																												
OBJETIVO DA LINHA	<p><i>“Fornecer telefonicamente toda a informação na área da imigração. Responder de imediato às perguntas mais frequentes. Responder posteriormente sempre que, pela complexidade da questão, não o seja possível fazer no momento. Encaminhar sempre que as questões não sejam do âmbito da Linha SOS.</i></p> <p><i>Aconselhar e detectar casos de situações graves</i></p> <p><i>Ajudar a garantir a igualdade efectiva de direitos e deveres no acesso ao trabalho, à habitação, à saúde, à educação, etc.</i></p> <p><i>Acolher e integrar os imigrantes de uma forma cada vez mais humana.”</i> (LINHA SOS IMIGRANTE, 2012)</p> <p>Fornece ainda um serviço de tradução telefónica (sob segredo profissional), que permite estabelecer através de conferência telefónica um elo de ligação entre o técnico da instituição e o imigrante, com a ajuda de um tradutor. Estão disponíveis os serviços de tradução nas seguintes línguas (60 línguas):</p> <table border="0"> <tr> <td>Albanês</td> <td>Alemão</td> </tr> <tr> <td>Azerbaijão</td> <td>Árabe</td> </tr> <tr> <td>Balanta (Guiné)</td> <td>Bambara</td> </tr> <tr> <td>Bengali</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bósnio</td> <td>Búlgaro</td> </tr> <tr> <td>Cacique</td> <td>Changana (Moçambique)</td> </tr> <tr> <td>Checo</td> <td>Chinês Cantão</td> </tr> <tr> <td>Chinês Mandarim</td> <td>Chinês Quingian</td> </tr> <tr> <td>Chinês Wenzhou</td> <td>Chinês Xangai</td> </tr> <tr> <td>Crioulo</td> <td>Croata</td> </tr> <tr> <td>Djola</td> <td>Espanhol</td> </tr> <tr> <td>Flamengo</td> <td>Forro (S.Tomé e Príncipe)</td> </tr> <tr> <td>Francês</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Georgiano</td> <td>Grego</td> </tr> </table>	Albanês	Alemão	Azerbaijão	Árabe	Balanta (Guiné)	Bambara	Bengali		Bósnio	Búlgaro	Cacique	Changana (Moçambique)	Checo	Chinês Cantão	Chinês Mandarim	Chinês Quingian	Chinês Wenzhou	Chinês Xangai	Crioulo	Croata	Djola	Espanhol	Flamengo	Forro (S.Tomé e Príncipe)	Francês		Georgiano	Grego
Albanês	Alemão																												
Azerbaijão	Árabe																												
Balanta (Guiné)	Bambara																												
Bengali																													
Bósnio	Búlgaro																												
Cacique	Changana (Moçambique)																												
Checo	Chinês Cantão																												
Chinês Mandarim	Chinês Quingian																												
Chinês Wenzhou	Chinês Xangai																												
Crioulo	Croata																												
Djola	Espanhol																												
Flamengo	Forro (S.Tomé e Príncipe)																												
Francês																													
Georgiano	Grego																												

Guarani (Paraguai)	Hindi
Ibo (Nigéria)	Indonésio
Inglês	Italiano
Japonês	Kikongo (R. Congo)
Lingala (R. Congo)	Lituano
Macedónio	Makassae (Timor)
Mandinga	Moldava
Naueti (Timor)	Nepalês
Nyungwe (Moçambique)	Pepel
Persa	Pidgin (Nigéria)
Polaco	Punjabi
Romeno	Russo
Sérvio	Sena (Moçambique)
Sonrai	Tadjik
Tetum (Timor)	Turco
Ucraniano	Urdu
Yoruba (Nigéria)	Usebeque

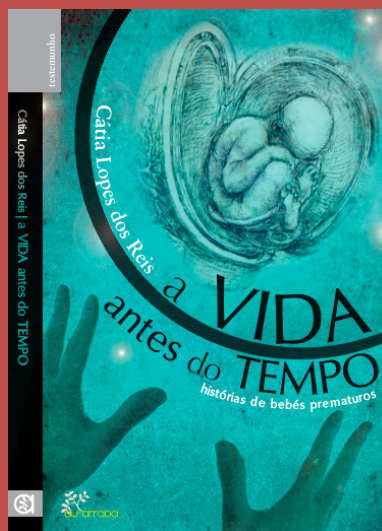
VAMOS DAR DE MAMAR



CONTATO TELEFÓNICO	Linha Telefónica de Apoio (das 10h às 18h): 21 388 09 15
ORGANIZAÇÃO	Projecto da Ajuda de Mãe, com a parceria da Associação SOS Amamentação e com o apoio da Direcção Geral de Saúde.
DESTINATÁRIOS	Mães que amamentam.
MISSÃO	Promoção e apoio ao aleitamento materno.
OBJETIVO DA LINHA	Atendimento telefónico por conselheiras, profissionais da área da saúde, estudantes/estagiários e voluntários, com formação na área da amamentação, disponíveis para informar, encaminhar e ajudar a resolver questões que surgem no decorrer da amamentação. Esclarecem ainda as dúvidas das mães relacionadas com medicação, através do acesso a bancos de dados específicos.

LIVROS DE APOIO

“A VIDA ANTES DO TEMPO”



TÍTULO	“ A vida antes do tempo – histórias de bebés prematuros”
DESTINATÁRIOS	Pais de bebés prematuros.
AUTORA	Cátia Lopes dos Reis
EDITORA	Alfarroba
ANO PUBLICAÇÃO	2012
ISBN	9789898455529
RESUMO	<p><i>“O meu nome é Cátia, nasci na Charneca da Caparica, em Almada, em Fevereiro de 1985.</i></p> <p><i>Sou enfermeira de profissão, trabalho na Urgência do Instituto Português de Oncologia de Lisboa e sou pós-graduada em Gestão de Serviços de Saúde pelo INDEG/ISCTE.</i></p> <p><i>Em Setembro de 2010, após uma crise conjugal resolvida, eu e o meu marido Vasco decidimos empreender uma nova etapa na nossa vida, a de sermos pais. Mas o sonho tornou-se pesadelo, quando o nosso filho Afonso nasceu de apenas vinte e três semanas e seis dias de gestação.</i></p> <p><i>Quando as perdas se sucedem, a perda de sonhos, da perfeição, da vida como a conhecíamos até então, sobrevivemos juntos a 123 dias de internamento em duas Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatologia.</i></p> <p><i>Acompanhada à distância por uma confidente muito especial, a Ilídia, mãe de uma prematura que nasceu de vinte e três semanas e cinco dias, hoje com catorze anos de idade, conto a nossa história. Como forma de tentar escapar a um surto de loucura iminente, encontrei o meu escape, relatando sob a forma de um diário o meu dia a dia, as dúvidas e os sentimentos de uma época em que vivi algures entre a esperança e o desespero.</i></p> <p><i>Ao longo deste doloroso percurso, existiram momentos-chave, de loucura, de pânico, de esperança e de dormência. As questões da vida e da morte, da prematuridade extrema, abaixo do limiar da viabilidade, os nossos valores, as nossas crenças foram levados ao limite na derradeira decisão da nossa vida, deixar partir o Afonso em paz.</i></p> <p><i>Dois testemunhos de vida, semelhantes no seu percurso, diferentes no seu final.</i></p> <p><i>Desafiando as estatísticas, as lógicas da ciência, lutando contra os nossos próprios demónios e contra os das equipas de saúde, expiamos assim a nossa culpa, a nossa dor e as nossas memórias. É o meu legado, o legado de outra mãe prematura, o legado dos nossos filhos, para que outras mães prematuras sintam que não estão sozinhas nesse sofrimento atroz.” (REIS, 2012)</i></p>

“ ANTES DO TEMPO ”



TÍTULO	“Antes do Tempo”.
DESTINATÁRIOS	Pais de prematuros.
AUTORA	Susana Veiga
EDITORA	Apoio do Abbott Laboratórios, da Fundação EDP e da Tipografia Peres.
ANO PUBLICAÇÃO	2012
RESUMO	<p><i>“Reúne uma série de testemunhos de pais que passaram pela experiência de ter um filho prematuro. São relatos emocionantes e verdadeiramente impressionantes de pais que apenas levam os filhos para casa depois de intensos dias vividos numa unidade de cuidados intensivos, lutando com todas as forças para que os filhos resistam, lutem e cresçam saudáveis e se agarrem à vida, que começou d forma abrupta e prematura.</i></p> <p><i>Alberta Marques Fernandes, Carla Rocha, Cristina Cardiga, Luísa Beirão, Maria Manuel Cyrne, Paula Guerra e Solange Monteiro. Todas mulheres. Todas mães. Todas viveram a experiência de ter um filho «Antes do Tempo». E todas partilham connosco histórias que ilustram na perfeição o contexto da prematuridade e a força, vontade e determinação dos seus bebés prematuros, que por detrás do vidro de uma incubadora lutaram pela vida e venceram todas as adversidades e dificuldades de um nascimento «Antes do Tempo».” (SN, 2012)</i></p>

“MANUAL PARA PAIS DE BEBÉS PREMATUROS”

TÍTULO	“Manual para pais de bebés prematuros”.
DESTINATÁRIOS	Pais de prematuros.
EDITORA	Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria
ANO PUBLICAÇÃO	2008
RESUMO	<p>Informação disponibilizada aos pais (sob a forma de ficheiro digital para download), com os temas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Nascer prematuro em Portugal;▪ O parto prematuro;▪ Os pais e os bebés prematuros;▪ Os pais;▪ Competências do bebé prematuro;▪ O ambiente nas Ucinades de Cuidados Intensivos Neonatais;▪ A presença dos pais nas UCIN's;▪ A pele do prematuro;▪ Os problemas respiratórios do prematuro;▪ O coração do bebé prematuro;▪ Nutrição do prematuro;▪ Como conservar leite materno;▪ Infecções e prematuridade;▪ O cérebro, o olho, o ouvido e as sequelas;▪ Crescimento e desenvolvimento – considerações gerais;▪ Desenvolvimento do prematuro – sinais de alarme;▪ Os gémeos e outros múltiplos;▪ Os irmãos mais velhos do prematuro.
OUTRAS INFORMAÇÕES	Disponível em : http://www.lusoneonatologia.com/pt/pagina/6/documentacao/

“ALEITAMENTO MATERNO – PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO”



TÍTULO	“Aleitamento Materno – Promoção e Manutenção”
DESTINATÁRIOS	Grávidas; Mães lactantes; Profissionais de Saúde.
AUTORA	Enf ^a Helena Saraiva
EDITORA	Lidel
ANO PUBLICAÇÃO	2010
ISBN	9789727576593
RESUMO	<p>“Este livro tem como objectivos promover e informar sobre o aleitamento materno junto das grávidas, mães, seus familiares e profissionais de saúde; e contribuir para a actualização de conhecimentos de enfermeiros e estudantes, no que respeita à amamentação.” (SOSAMAMENTAR, 2012)</p> <p>Aborda assuntos relacionados com: tipos de aleitamento materno, anatomia da mama, posição e técnica de amamentação, factores que influenciam o aleitamento materno, cuidados a ter durante a amamentação, intervenção do enfermeiro na promoção e manutenção do aleitamento materno, banco de leite humano.</p>

“MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO”



TÍTULO	“Manual de Aleitamento Materno”
DESTINATÁRIOS	Grávidas; Mães lactantes; Profissionais de Saúde.
AUTOR(A)	Leonor Levy e Helena Bértolo
EDITORA	Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
ANO PUBLICAÇÃO	2008
RESUMO	Realizado com intenção de ajudar as mães que estão a amamentar, porque <i>“dar de mamar é uma prioridade da sua vida porque é bom para si, para o seu bebé e para a sua família. As pequenas dificuldades podem ser ultrapassadas com meia dúzia de estratégias que neste livro lhe são propostas.”</i> (UNICEF, 2008)
OUTRAS INFORMAÇÕES	Disponível em formato digital em: www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf

“MANUAL PRÁTICO DO ALEITAMENTO MATERNO”



TÍTULO	“Manual Prático do Aleitamento Materno”
DESTINATÁRIOS	Mães lactantes; Profissionais de Saúde
AUTOR(A)	Dr. Carlos González
EDITORA	Mamater e SOS Amamentação
ANO PUBLICAÇÃO	2008
RESUMO	Este livro oferece informação prática sobre o aleitamento materno no sentido de ajudar e apoiar as mães que desejam amamentar os seus filhos.

ANEXO XVIII

**- BANCA DO DIA INTERNACIONAL DA
PREMATURIDADE -**



17 DE NOVEMBRO

DIA INTERNACIONAL DA PREMATURIDADE









