



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e
Pediatria perante a situação da
Criança/Família em Risco*

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

Maria de Lurdes dos Santos Mendes Florindo

Lisboa, Julho de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e
Pediatria perante a situação da
Criança/Família em Risco*

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

Por:

Maria de Lurdes dos Santos Mendes Florindo

Sob orientação de:

Exma. Sra. Professora Elisabete Nunes

Lisboa, Julho de 2010

Resumo

O Relatório pretende expressar o percurso realizado durante a Unidade Curricular Estágio, pertencente ao Modulo I, do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que teve como objectivo de estágio o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria perante a criança/família em risco.

A autora exerce funções no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e é confrontada, frequentemente, com situações de risco, às quais tem que dar resposta. Por este motivo decidiu investir a sua formação nesta área.

Os objectivos traçados e as actividades que foram sendo desenvolvidas, contribuíram para uma reflexão ao nível profissional e pessoal, que permitirá actuar de um modo mais estruturado e confiante no futuro.

A formação da equipa multidisciplinar sobre esta temática, a elaboração de documentos adequados para referenciar, a uniformização de procedimentos, a sistematização dos processos do NACJR e a da Visita Domiciliária, irão contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados á criança/família, que é seguida pelo NACJR.

Ao realizar este relatório, a autora pensa ter conseguido planear e sistematizar o percurso que desenvolveu para atingir o objectivo e as competências inerentes ao papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Estas, vão contribuir para a detecção precoce de crianças em risco, dispor de mecanismos reais de cooperação, de modo a proporcionar segurança e efectividade no trabalho desenvolvido e levando ao bem-estar e à melhoria da qualidade de vida destas crianças.

É muito difícil cuidar de crianças maltratadas, mas através de competências, do respeito, do cumprimento das regras de ética e de deontologia profissional, consegue-se na prática profissional assegurar a qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre como objectivo o interesse superior da criança.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a reflexão crítica e construtiva sobre a prática. Esta metodologia requer motivação, disponibilidade, participação activa e envolvimento pessoal.

Abstract

The intent of this report is to outline the progress of the Internship Course Unit, comprised in Module I of the Master's Degree in Nursing with specialization in the area of Paediatrics & Child Health, at is aimed towards the development of skills as Nurse Specialist in Child Health and Paediatrics dealing with children at risk conditions.

The author holds positions in the Nucleus of Support for Children and Youth at Risk and frequently confronted with risky situations, which have to respond. For this reason decided to invest their training in this area.

The outlined objectives and the activities that are being developed contributed to the professional and personal reflection that will act in a more structured and confident way in the future.

The formation of the multidisciplinary team on this theme, the preparation of appropriate documents for referencing, the standardization of procedures, the systematization of the processes of NACJR and the Home Visit, will contribute to an improvement in the quality of care provided to the child/family, which is followed by NACJR.

During the preparation of this report, it is the understanding of the author to have succeeded in the systematical development of the objective and the competencies inherent to the role of nurse specialist in child health and paediatrics. This will contribute to the early detection of children at risk conditions and to the development of real mechanisms of cooperation in order to provide safeness and effectiveness of the activities that were developed with full responsiveness of well-being and improvement of the quality of life of these children, who will certainly reap the benefits in terms of health.

It is very difficult to take care of ill-treated children, but with the employment of capabilities, respect, compliance with the rules of ethics and expertise, it is possible, through professional practices, to ensure conscientiousness and also quality of the services rendered, always prioritizing the child's best interests.

The methodology used was bibliographical research, critical and constructive reflection based on practice. This approach requires motivation, readiness, active participation and personal involvement.

Agradecimentos:

A todas as Crianças

A todas as pessoas, que directamente ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A toda a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar, pelo apoio, disponibilidade, colaboração e participação activa.

À enfermeira Sílvia pelo apoio, paciência e amizade ao longo destes anos de percurso pessoal e profissional.

À professora Elisabete Nunes, pela disponibilidade, simpatia e orientação dada ao longo deste percurso.

Um obrigado muito especial á minha filha.

“O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício,
salvaguardar os direitos da criança.”

Ordem dos Enfermeiros

Lista de Siglas e Abreviaturas

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

DGS – Direcção Geral de Saúde

DSP – Departamento de Saúde Pública

IGS – Inspeção-Geral de Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

Nº - Número

PAFAC – Projecto de Apoio à Família e à Criança

PALOPs – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à Família

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SI – Saúde Infantil

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

SUMÁRIO

0	<u>INTRODUÇÃO</u>	15
1	<u>DESENVOLVIMENTO</u>	19
1.1	CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR.....	19
1.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	21
1.3	DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJECTIVOS.....	27
1.3.1	Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar sobre a criança em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce destas situações, para o NACJR;.....	27
1.3.2	Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados á criança/família, que é seguida pelo NACJR, através da uniformização de procedimentos e da sistematização dos processos existentes;.....	33
1.3.3	Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados á criança/família, no seu meio ambiente, através da uniformização de procedimentos e da sistematização da Visita Domiciliária à criança/família em risco.....	38
2	<u>CONCLUSÃO</u>	45
3	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	51
	ANEXOS.....	55
	ANEXO I – Local de Estágio.....	57
	ANEXO II – A Criança em Risco.....	87
	ANEXO III – Projecto “A Visita Domiciliária a Crianças em Risco”.....	157
	ANEXO IV – Reflexão.....	205

0 INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria perante a situação da Criança/Família em Risco” surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio, do Módulo I, do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A autora deste relatório é Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, a exercer funções no Centro de Saúde do Lumiar. Foi no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), em contexto de trabalho, que se realizou este estágio. Em relação ao Módulo II e III de estágio foi-lhe dada creditação.

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio da Criança em Risco. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida.

LIMA (2006), refere que até aos anos 50, a sociedade recusava-se a aceitar que existiam crianças vítimas de maus tratos e só a partir do século XX, é que este tema começou a ser noticiado e conhecido, iniciando-se um maior conhecimento sobre os maus tratos, os factores de risco, a sua fisiologia, manifestações, prognósticos e medidas de orientação.

Segundo a DGS (2007), uma das suas medidas de orientação em relação aos serviços de saúde no domínio dos maus tratos é que estes se devem pautar por abordagens que integrem os aspectos culturais, sociais, económicos e legais. Refere ainda que os profissionais de saúde devem estar formados e especializados para poderem detectar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias/cuidadores.

Desta forma, a DGS (2007), no intuito de envolver os Centros de Saúde nesta missão, criou grupos de trabalho (NACJR) que estão presentes no dia a dia das populações e que prestam assistência – detectando assim os riscos de carácter psicossocial. São estes grupos, em articulação com outras instituições e hospitais, que vão dar respostas às situações de risco.

A intervenção do NACJR do Centro de Saúde do Lumiar teve início no segundo semestre de 2007 e é realizada no sentido de preservar os laços familiares, apostando

nas competências parentais. Para SILVA (2007), ajudar a família na aquisição de competências associadas a um desempenho do papel parental é uma dimensão pró-activa e construtivista dos sistemas de cuidados de saúde.

O conhecimento das necessidades da criança, o reconhecimento de ser autónoma, a importância da vinculação, da estimulação do seu meio ambiente e a protecção assumem um papel primordial. As medidas de intervenção devem estar dirigidas ao crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança, englobando a família e a comunidade (LIMA, 2006). Por sua vez, o enfermeiro no âmbito das suas competências, tem responsabilidade neste processo, pois a enfermagem é uma profissão autónoma, com conhecimento próprio dos problemas de saúde e dos processos de vida, assim como às transições vividas pelo indivíduo, famílias e grupos ao longo do seu ciclo vital. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

De acordo com o REPE (1998), “ o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a que foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Neste caso refere-se à área de Saúde Infantil e Pediatria, em que o enfermeiro deve promover o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, promovendo a capacidade de reflexão, de decisão e acção. Assim poderá responder de uma forma adequada às exigências da actual sociedade, bem como, às necessidades de cuidados de saúde que as famílias actualmente têm. Só assim se podem obter ganhos em saúde. Cabe-lhe também zelar pelo bem-estar da criança, considerando sempre o seu contexto familiar, nomeadamente através da “prestação de Cuidados de Enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (nº.3, alínea a) do Decreto-Lei nº.437/91); bem como apoiar as “crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o conhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos primordiais”. DGS, 2002.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o REPE, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Constituição Portuguesa, a Lei de

Protecção de Crianças e Jovens em Perigo e as orientações da Direcção Geral de Saúde, são alguns dos instrumentos legais existentes que fornecem um importante contributo para a prática diária de cuidados de enfermagem. A importância do conhecimento destas leis enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, são uma mais valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à protecção da saúde da criança e garantia dos cuidados necessários a todas as crianças de que dela necessitam.

Como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no NACJR, a autora é confrontada diariamente (em 2008 – 180 casos) com situações de risco, negligência e maus tratos com às quais tem que dar uma resposta necessária, suficiente e adequada. Devido à partilha e à reflexão com a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar a autora decidiu continuar a sua formação nesta temática.

Em conformidade com o que foi referido anteriormente pretende-se que o presente relatório demonstre a análise crítica e reflexiva sobre a experiência que proporcionou este estágio, bem como os seus contributos para o processo auto-aprendizagem. Tendo como objectivo geral – Demonstrar o percurso realizado, no desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria perante a criança/família em risco.

Ao longo do relatório será apresentada a caracterização do local de estágio, o diagnóstico da situação, os objectivos traçados, a descrição e análise crítica das actividades desenvolvidas e as estratégias orientadas para uma postura pró-activa.

O centro dessas actividades será a criança em risco, bem como as respectivas análises reflexivas, tendo sempre em conta o enquadramento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria perante uma situação de criança em risco e, contribuindo assim, também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/família em risco no âmbito do NACJR e na comunidade – através da Visita Domiciliária.

Na conclusão serão tecidas as considerações finais, realizando uma análise crítica, referindo as dificuldades e limitações sentidas, os contributos para uma melhor aprendizagem e sugestões para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem à criança/família em risco.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a reflexão crítica e construtiva sobre a prática. Esta metodologia requer motivação, disponibilidade, participação activa e envolvimento pessoal.

Em anexo encontram-se os documentos desenvolvidos no estágio pertencente ao Módulo I.

1 DESENVOLVIMENTO

O estágio foi realizado em contexto de trabalho. A duração do estágio de 180 horas foi cumprida entre 20 de Abril a 19 de Junho de 2009. Durante este percurso e tendo como princípios orientadores o objectivo anteriormente referenciado, foram realizadas acções que procuraram conduzir ao desenvolvimento de competências especializadas na assistência de enfermagem á criança/família em risco.

Seguidamente apresenta-se, uma breve introdução ao local de estágio escolhido para a realização deste relatório.

1.1 CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

O Centro de Saúde do Lumiar situa-se no distrito de Lisboa, freguesia do Lumiar, na Alameda das Linhas de Torres nº 243 (sede) é constituído por três extensões, sendo elas, a Extensão do Alto do Lumiar, Charneca e Centro de Diagnóstico Pneumológico. Encontra-se integrado na Unidade Setentrional A, pertence ao Agrupamento Centros de Saúde Lumiar, Sete Rios, Benfica e Alvalade.

É uma organização do Estado que pertence ao Serviço Nacional de Saúde, tendo como objectivo assegurar o direito à protecção da Saúde (Anexo VI – ponto 1).

Relativamente aos aspectos socioeconómicos, o sector de actividade predominante é o terciário com 71,3% da população activa. Entre os não activos existem 6,6% de população desempregada.

Segundos dados dos Censos de 2001, a freguesia do Lumiar ocupa uma área geográfica de 6282km², com uma população residente de cerca de 36309 habitantes.

Actualmente o Centro de Saúde abrange uma área geográfica de 9.608Km², estando os habitantes distribuídos por 3 freguesias: Lumiar, Charneca e Ameixoeira. A população residente calcula-se muito perto dos 100.000 habitantes. No Centro de Saúde, encontram-se inscritos 83501 utentes, dos quais 31430 não têm médico de família. Nas

respectivas extensões (Charneca e Ameixoeira) existem 54.455 utentes inscritos, dos quais 23.333 não têm médico de família.

A população desta área é constituída por um misto de pessoas de diferentes culturas e consequentemente de diferentes valores, hábitos e estilos de vida. Fazem parte desta população: idosos provenientes de várias províncias de Portugal, população de etnia cigana, assim como PALOPs. É também uma área onde se assiste à constante chegada de novos moradores.

Em 2000/2001 teve início um programa de realojamento de famílias carenciadas, residentes em bairros degradados destas freguesias. A estas famílias foram dadas condições habitacionais de qualidade, que constituem actualmente a Alta de Lisboa.

A freguesia do Lumiar, actualmente, é constituída por um conjunto de Bairros:

- **Alta de Lisboa** – novo bairro criado como um projecto imobiliário ambicioso que inclui os antigos bairros da Musgueira norte e sul e Calvanas.
- **Calvanas (Charneca)** – em Agosto de 2006 ainda podia ser considerado como bairro, mas será brevemente considerado parte integrante da Alta de Lisboa.
- **Telheiras**
- **Bairro da Cruz Vermelha** – criado originalmente para realojar os desalojados das cheias na zona de Odivelas em 1967.

No que diz respeito aos recursos da comunidade, as quatro freguesias que são abrangidas pelo Centro de Saúde do Lumiar dispõem de variados recursos, como estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, serviços administrativos, administração pública, protecção civil, recursos educacionais, culturais, recreativos e desportivos, recursos para a terceira idade, recursos de saúde e locais de culto.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INFANTIL

A saúde infantil e juvenil engloba um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos.

Objectivo geral:

- Melhorar o cumprimento do Programa – Tipo em Saúde Infantil

No Centro de Saúde do Lumiar as actividades de enfermagem estão de acordo com o que é preconizado pelos objectivos traçados do Departamento de Saúde Infantil, da DGS.

Ainda é de referir:

- **A existência da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil;**
- **A existência do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;**

As instituições de Saúde, devido à missão que lhes compete, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes diariamente nas populações a que prestam cuidados. DGS (2007). Assim compete-lhes a detecção precoce, a identificação de factores de risco e sinais de alarme, tendo a responsabilidade de acompanhar estas situações de risco e sinalizá-las, tendo sem prejuízo uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de redes de apoio a nível da comunidade. Assim, o NACJR adquire um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção do primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção.

- **O Projecto da Visita Domiciliária á criança/família em risco;**
- **O Projecto do Cantinho da Amamentação.**

1.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Desde os tempos remotos que a criança foi utilizada em trabalhos forçados sendo considerada como um adulto em miniatura. Actualmente os Direitos da Criança estão definidos juridicamente, mas na realidade cada vez mais somos confrontados com crianças em risco.

Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, é aprovada a Convenção dos Direitos da Criança, onde se defende que a criança devido á sua vulnerabilidade, necessita de cuidados especiais, de atenção, de protecção e de ter uma família com responsabilidades. Segundo LIMA (2006), a Convenção “encara a criança como ser titular, de facto, de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de protecção.”

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa, no art. 69º, e a Convenção dos Direitos da Criança, ratificada em Junho de 1990, atribuem à sociedade e ao Estado deveres na promoção e protecção das crianças e jovens.

Especificamente na saúde, a partir de 1985 começaram a surgir, de modo informal, nos hospitais, “Núcleos de Apoio à Criança e Família vítimas de maus tratos”. Posteriormente a Lei de Bases, na alínea a, do nº. 1, da Base II, aprovada em Agosto de 1990, veio atribuir maior evidência às crianças e adolescentes, ao considera-los como dois dos “grupos sujeitos a maior riscos” e preconizando a tomada de “medidas especiais” para ambos. No âmbito das políticas de saúde, cada vez são mais centradas nas iniciativas de carácter legal e normativo.

Novas responsabilidades e desafios foram colocados aos serviços de saúde, no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde às crianças e aos jovens.

Em Agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros nº. 30/92, foi criado o Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), sendo nele preconizado o estabelecimento, em cada Hospital Central, de um “ Núcleo do PAFAC” integrando profissionais da instituição de saúde. Esta medida também foi aplicada aos Centros de Saúde e a outros hospitais. Devido a vários factores, nomeadamente a coordenação fora do sector da saúde, à precariedade de recursos e à escassa valorização dos núcleos, a efectividade de tais procedimentos ficou muito aquém do estipulado. Este facto foi reconhecido num processo de auto-avaliação elaborado pelo PAFAC em 2001.

Posteriormente, através da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99), que tem como finalidade promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento adequado. Assim foram aclarados os princípios orientadores da intervenção nesse domínio, na qual são comprometidos diversos sectores do Estado. Esta Lei ainda refere que qualquer

pessoa, que tenha conhecimento de situações que coloquem a vida da criança em risco, é obrigada a comunicar as entidades com competências nesta área como seja a CPCJ ou às Entidades Judiciárias.

Em Janeiro de 2006, após uma inspecção sobre “ Atendimento e Encaminhamento, nos estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco”, realizada pela Inspeção-Geral da Saúde, veio a ser constatada a escassez de informação epidemiológica, de preparação técnica dos profissionais, de acção nos serviços e de falta de articulação entre os serviços.

LIMA (2006), refere que em Portugal, a violência sobre crianças e jovens tem vindo a aumentar nos últimos anos e é devido a problemas sociais que estão a assumir uma certa gravidade, sendo que actualmente tem-se verificado um aumento da preocupação em alertar a sociedade para a esta temática. Supõe-se que uma das razões porque a violência é exercida sobre crianças é porque são seres frágeis, indefesos, dependentes tornando-se assim mais vulneráveis a todo o tipo de violência, CANHAS (2003).

Um Despacho do Senhor Ministro da Saúde, em Janeiro de 2006, atribuiu à DGS a condução de um conjunto de medidas para dar resposta ao problema das crianças e jovens em risco por parte do Serviço Nacional de Saúde.

Foi, então, constituído um grupo de trabalho que tem vindo a desenvolver iniciativas neste âmbito. Uma destas iniciativas tomadas, tem como objectivo envolver os Centros de Saúde nesta temática. Assim, cada Centro de Saúde, organizou um grupo de trabalho, para prestar assistência, detectar os factores de risco, actuar na comunidade e articular com outras instituições, tendo como função eliminar ou minimizar situações de risco.

Assim, e tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, a criança e o jovem em risco representa uma área de intervenção cada vez mais relevante para os profissionais de saúde.

As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. A formação dos profissionais de saúde, ao nível do aumento dos conhecimentos, é fundamental. A responsabilidade formativa dos profissionais de saúde vai evidenciar na qualidade de cuidados prestados.

Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2005), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobretudo a nível local através dos centros de saúde.

Com o objectivo de analisar os procedimentos adoptados pelas instituições e serviços do Sistema Nacional de Saúde, bem como a avaliação da realidade existente a nível nacional no triénio de 2002 a 2004 a IGS revela que: “ Apesar de terem sido recolhidas evidências do interesse e empenho manifestado pelos profissionais de saúde e do serviço social, no que se refere à problemática das crianças em risco, há sinais que não podem deixar de nos preocupar, designadamente, o facto de ter ficado indicado que nos últimos três anos, houve uma diminuição dos projectos de intervenção comunitária, bem como a ausência de articulação eficiente entre as varias instituições”.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá conta deste facto, ao sublinhar a insuficiência das respostas da saúde face ao fenómeno dos maus tratos a crianças e jovens (dado que nesta matéria a saúde é uma das entidades de primeira linha, no esforço de protecção de crianças e jovens). Cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhe estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

É um facto que as instituições de saúde portuguesas e seus profissionais estão empenhados em projectos que tenham por base a criança e jovem em risco. Através do empenho de todos deve-se proceder a uma rigorosa avaliação das disfunções familiares que motivam os maus tratos à criança e desenvolver as acções necessárias de modo a fazer cessar a situação de risco para a criança.

Actualmente em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade.

Desta forma a DGS (2007) refere que os serviços de saúde neste domínio devem reger-se por abordagens que incluam os aspectos culturais, sociais, económicos e legais. A equipa multidisciplinar deve estar formada e especializada para poder detectar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/famílias em risco na comunidade onde estão inseridas.

Assim segundo DGS (2007), a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:

- **Primeiro nível:**

É atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude – ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como as da saúde (NACJR), educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo.

- **Segundo nível:**

Quando não seja possível às entidades actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das CPCJ, nas quais a Saúde participa também.

- **Terceiro nível:**

É a intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Para que o sucesso desta intervenção seja uma realidade é necessário uma equipa multidisciplinar, dinâmica e organizada. A intervenção em saúde nesta problemática aparece como uma oportunidade única, nomeadamente ao primeiro nível de prevenção.

Os Serviços de Saúde têm portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ. Estes, não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

Com o fim de que, no âmbito das suas competências, a acção dos Serviços de Saúde se torne mais efectiva nesta matéria, há portanto, necessidade de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, de detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços.

No Centro de Saúde do Lumiar existem cerca de 16904 crianças inscritas dos 0 aos 18 anos, o que corresponde a 21.45% dos utentes inscritos (dados retirados do Sistema Informático, em Março de 2009), não sendo possível saber quantas crianças estão em situação de Risco Infantil. No entanto, é de referir que a “experiencia” dos profissionais de saúde que aqui trabalham, revela que existe um grande número de crianças e jovens em risco. Durante as consultas de enfermagem e médicas, na vacinação e na sala de tratamentos são detectados sinais e sintomas associados aos maus-tratos, negligência e

ao mesmo tempo factores de risco. Estas situações eram referenciadas para a CPCJ Lisboa Norte.

De acordo com as orientações da DGS de 2007, o Centro de Saúde do Lumiar no segundo semestre desse mesmo ano, formou o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR (localizado na Sede), é constituído por: uma pediatra, uma psicóloga, uma assistente social e duas enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria.

Em 2008, no NACJR do Centro de Saúde do Lumiar, foram identificadas 876 crianças de risco. Estas crianças/famílias foram referenciadas pela Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde e por outras instituições como o Hospital de Santa Maria, Infantários, Escolas, Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e CPCJ.

Em Junho de 2008, foi elaborado o regulamento do NACJR.

A intervenção do NACJR do Centro de Saúde do Lumiar é dirigida no sentido de preservar os laços familiares, apostando nas competências parentais, sendo preponderante a aceitação da ajuda e colaboração da família num Projecto de Intervenção de Apoio Familiar (PIAF).

Pretende-se neste projecto que se compreendam as necessidades da criança, a valorização do papel parental e a ajuda ao desenvolvimento das competências inerentes ao desempenho do mesmo. Esta intervenção tem como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família uma vez que o NACJR desenvolve procedimentos visando sistematizar e harmonizar as intervenções na família de acordo com os conhecimentos científicos mais recentes.

Sendo este projecto muito recente, existem dificuldades, que ao longo do tempo e com muito trabalho dos profissionais, naturalmente vão sendo atenuadas.

Algumas dificuldades sentidas, pelo Núcleo, prendem-se com lacunas por parte da equipa multidisciplinar face á temática em questão: a detecção de factores de risco/protecção; qual a intervenção do NACJR nos Centros de Saúde. Ainda é de salientar, que a referenciação e a articulação entre a equipa e o Núcleo actualmente é feita oralmente, sendo assim muitas vezes ineficaz, porque se perdem informações, pois ao longo do tempo sem serem registadas, estas dispersam-se.

Existe ainda, uma deficiente organização interna nos processos do Núcleo, devido a cada elemento do NACJR escrever as suas notas em folhas soltas, não existindo assim

sequência de registos nem uniformização de procedimentos. Os processos não se encontram informatizados nem existe uma base de dados.

A falta de uniformização de procedimentos na visita domiciliária à criança/família em risco, é outra dificuldade sentida. Actualmente, neste âmbito, a visita domiciliária no Centro de Saúde do Lumiar, já se realiza todas as quintas-feiras das 14 às 17 horas, e é realizada Equipa de Intervenção Comunitária (que é constituída por 2/3 enfermeiras), não existindo uniformização de procedimentos, nem sequência de registos.

Neste sentido foram definidos os seguintes objectivos:

- ✓ Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar sobre a criança em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce destas situações, para o NACJR;
- ✓ Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família, que é seguida pelo NACJR, através da uniformização de procedimentos e da sistematização dos processos existentes;
- ✓ Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família, no seu meio ambiente, através da uniformização de procedimentos e da sistematização da Visita Domiciliária à criança/família em risco.

1.3 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS, ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM OS OBJECTIVOS

1.3.1 Contribuir para a formação da equipa multidisciplinar sobre a criança em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce destas situações, para o NACJR;

A preparação desta actividade foi construída a partir das informações obtidas na prática diária e de reuniões formais, informais e pesquisa bibliográfica.

A Criança em Risco é um tema difícil de abordar e, por isso, constitui um desafio cada vez maior para os profissionais de saúde. As instituições e os serviços de saúde podem e

devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. Segundo a Inspeção-Geral da Saúde (2005), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobretudo a nível local através dos centros de saúde.

De forma a obter resultados na temática da criança em risco, é necessário uma identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia e ainda que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos reais de cooperação, de modo, a proporcionar-lhes segurança e efectividade no trabalho desenvolvido. DGS (2007).

Concordando com tudo o que foi referenciado anteriormente, a autora decidiu trabalhar, esta temática.

Assim, pretende dar a conhecer a operacionalização desta sessão, demonstrando as fases necessárias para a sua implementação.

PERCURSO

- Reunião com o NACJR para a apresentação do tema;
- Pesquisa de dados estatísticos:
 - Contacto com a presidente da CPCJ de Lisboa Norte (à qual pertence a área do Lumiar);
 - Contacto com Santa Casa Misericórdia do Lumiar, com as 2 Assistentes Sociais responsáveis pelas equipas de risco;
 - Reunião com a equipa de Saúde escolar;
- Pesquisa bibliográfica;
- 3 Reuniões: - com os responsáveis médicos e de enfermagem de cada extensão e sede, para a apresentação do projecto, dos objectivos, a pertinência do tema e a importância da referenciação das crianças em risco;
- 3 Reuniões com as enfermeiras responsáveis para a determinação do espaço físico, data e hora em que se irá realizar a sessão;
- Elaboração do plano de sessão (ANEXO III – ponto 1);
- Elaboração dos conteúdos da sessão com orientações para a intervenção na criança em risco;

- Realização de um documento, cujo objectivo é a referenciação da Equipa multidisciplinar, da criança/família em risco para o Núcleo (Anexo III – ponto 3.5):
 - Folha de Referenciação de Crianças em Risco ao NACJR
- Divulgação da Sessão e da pertinência do tema a toda a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde, a estudantes de enfermagem e de medicina. Para esta divulgação, foi realizado um convite, que foi colocado, na sede e nas extensões no placar de informações (Anexo III – ponto 3.2);
- A preparação da Sessão exigiu tempo, mobilização de conhecimentos e competências adquiridas ao longo de todo o percurso profissional realizado no Centro de Saúde do Lumiar na área da Saúde Infantil, concentração, procura e identificação de documentos de referência, para a elaboração da Sessão e que no seu final permitisse desencadear discussão e reflexão do grupo.
- Realização da sessão a todos os profissionais de saúde:
 - Alto do Lumiar dia 16-06-2009 às 14 horas
 - Sede dia 18-06-2009 às 15 horas
 - Charneca do Lumiar dia 30-06-2009 às 14 horas

Esta actividade foi realizada e pode-se dizer que os objectivos foram atingidos. Cada Sessão demorou, mais ou menos, 1 hora e 30 minutos durante os quais foram debatidos todos os temas abordados. As sessões que decorreram nas Extensões realizaram-se num gabinete de consulta e teve como participantes estudantes de enfermagem, administrativos, enfermeiros e médicos de família. Na sede a sessão foi apresentada no gabinete de Saúde Publica do Piso 3 e teve como participantes enfermeiros, médicos de família, psicólogas, assistentes sociais, estudantes de enfermagem e administrativos.

A Sessão foi apresentada através de um método expositivo e activo tendo como recursos didácticos o computador e projector multimédia (Anexo III – ponto 3.3).

Os temas abordados foram: a promoção dos direitos, a protecção das crianças, maus tratos em crianças e jovens, procedimentos e protocolos de intervenção, intervenção nos centros de saúde e envolvimento do NACJR.

Durante a Sessão foi apresentada a folha de Referenciação de Crianças em Risco à equipa do Centro de Saúde do Lumiar. Este foi um dos documentos elaborado para a

uniformização dos procedimentos do NACJR. Durante a apresentação da Sessão nos diferentes lugares a autora esteve sempre acompanhada pelos elementos do NACJR.

Os profissionais de saúde foram naturalmente apresentando as suas dúvidas e colocaram diversas questões. Criou-se um ambiente de reflexão, sobre a prática diária confrontando diferentes pontos de vista, adaptando o conhecimento teórico e científico às situações reais de modo a que as intervenções em saúde realizadas respondessem de uma forma adequada e personalizada às necessidades de cada criança/família desta comunidade.

Para que existam mudanças na prática de cuidados é necessário uma análise e uma reflexão crítica no nosso dia a dia, que esteve sempre presente ao longo da realização desta sessão. Foi uma sessão dinâmica e participativa. Foi visível a sensibilização e o envolvimento dos profissionais de saúde perante este tema

Ao discutir e trocar ideias, seguramente também aprendemos. Como refere COUCEIRO (1998) em relação à aprendizagem de adultos: “Neste contexto torna-se chave o papel da palavra, da linguagem, que permite a explicação, a fundamentação, a interpretação e a validação dos argumentos e pontos de vista. Assim, para que tal aconteça, deve haver capacidade de interacção pessoal e diálogo, pois só dessa forma é possível haver discussão, crítica e reflexão. Deve haver troca de opiniões e pensamentos sobre este tema “ A Criança em risco”. Por discussão não se deve entender a procura de “quem tem razão” mas sim uma reflexão em conjunto onde se podem conjugar pontos de vista e obter consensos, o que para o grupo, por vezes ainda é um pouco difícil. Os profissionais de saúde ainda têm dificuldade em lidar com o mau trato, a violência doméstica, a negligência, o abuso sexual... é muito difícil pensar nestes temas... exige um certo exercício e prática mental. Os profissionais devem focar-se no que realmente interessa: “o interesse superior da criança”.

A prática profissional surge então, como base ideal para comunicar, reflectir e aprender, devem valorizar-se as experiências de cada um como forma de aumentar o conhecimento e de obter novos saberes.

Ao analisar a natureza dos conhecimentos, ALARCÃO (2001) define que, para além do conhecimento teórico também possuímos um conhecimento que resulta da prática das nossas vivências diárias. Mas esse conhecimento “da prática” resulta de uma reflexão

profunda acerca dessa experiência; a autora designa esta situação de “aprendizagem experiencial”.

Para efectuar uma “aprendizagem experiencial” deve-se então reflectir sobre a “Criança em Risco”, pensar nos procedimentos, no que fez com que resultassem ou não e planear o que se pode fazer para que corra melhor da próxima vez. Por outras palavras, está-se a avaliar os cuidados prestados e reformular novas intervenções.

Como equipa multidisciplinar, ao reflectirmos sobre as nossas práticas diárias, tomamos consciência das diferentes situações de maus tratos, temos uma atitude crítica, revemos constantemente o nosso conhecimento.

Como refere BENNER (2005), “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”. Segundo esta autora, as práticas nunca devem ser formalizadas, elas estão em constante mudança, não só devido a novos conhecimentos que se adquirem, mas também pelas “interacções particulares que ocorrem em momentos reais”.

É destas vivências, da sua reflexão e discussão que saem novas conclusões e formas de agir, mais competentes e eficazes.

CANÁRIO (2003) refere que as organizações devem apostar em mudanças orientadas para os problemas, usando os recursos internos como formadores e catalisadores da própria competência. Há necessidade de construir redes de formação baseadas na proximidade, “circuitos expeditos e permanentes de circulação de informação entre profissionais e instituições que permitam a circulação de problemas e de estratégias de solução”.

Cabe á equipa, saber aceitar e aprender a utilizar essas redes de formação e esses circuitos de informação. Abordar o tema “A Criança em Risco” como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e de Pediatria como recurso interno do Centro de Saúde do Lumiar, e formadora orientada para a mudança organizacional, não é fácil. Tomar consciência que este problema é real na comunidade onde está inserida, não fácil: implica reflexão, disponibilidade... Só assim se consegue dar uma resposta com mais competência, qualidade e eficiência.

O Código Deontológico dos enfermeiros é um documento indispensável ao exercício da profissão. Explicita muito bem o conceito de trabalho em equipa. Para a autora como pessoa e como profissional faz todo o sentido trabalhar em equipa. Segundo o Código

Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2003), “o trabalho de equipa coloca a ênfase no desenvolvimento de competências profissionais, na capacidade de problematizar, de reflectir, de debater em conjunto – no que se pode designar por inteligência colectiva, tão necessária à acção em saúde. As relações profissionais em saúde que enfatizam a comunicação, a articulação, a complementaridade e co-responsabilidade enfatizam o colectivo, a cidadania e significam coesão, cooperação e convergência em torno de objectivos. Este tipo de relações contribui para que os problemas comuns sejam resolvidos com base na ajuda mútua, ou seja, na reciprocidade.”

É desta forma que uma equipa se fortalece, constituída por pessoas que vencem, falham, aprendem em conjunto, trabalham para o mesmo fim – o bem-estar da criança.

Para avaliar a pertinência e os conteúdos programáticos que foram abordados nesta sessão, foi aplicado um questionário de avaliação no final da mesma (Anexo III – ponto 3.4).

Estes itens foram classificados maioritariamente em “bom” pelos formandos. Como sugestões foram propostas:

- Reuniões para discussão de situações do NACJR com a respectiva equipa da extensão ou sede;
- Uma maior articulação entre as extensões e a sede;
- A elaboração de um suporte bibliográfico sobre o tema.

O NACJR concordou plenamente com a sugestão de reunir com o médico/enfermeiro de Família para discussão de situações e a elaboração do PIAF, o que permitirá, assim, uma maior proximidade entre a Sede e as Extensões.

Foi criado, a pedido, o suporte bibliográfico sobre a “Criança em Risco” (Anexo III – ponto 2), que permitirá toda a equipa multidisciplinar consultar e ter acesso aos documentos de referência, aprofundar conhecimentos e reflectir sobre temáticas como: os maus tratos, perigo, risco, factores de protecção, responsabilidade dos serviços de saúde, um enquadramento legal da criança em risco e a relação de ajuda.

Durante toda a operacionalização desta actividade foi necessária análise, reflexão, comunicação, trabalho em equipa, ética, mobilização de conhecimentos e de fundamentação teórica e científica. Assim foi possível o desenvolvimento de competências essenciais ao desempenho de uma enfermagem com mais qualidade.

1.3.2 Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados á criança/família, que é seguida pelo NACJR, através da uniformização de procedimentos e da sistematização dos processos existentes;

Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos Centros de Saúde, (NACJR) adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de Primeiro Nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção. DGS (2007).

Cabe então aos Núcleos:

- Prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no Centro de Saúde ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade;
- Apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente da elaboração, para cada caso, de um processo que inclui um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), desenvolvido a partir das necessidades identificadas;
- Avaliar, acompanhar e /ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário;
- Monitorizar as situações de risco.

O NACJR do Centro de Saúde do Lumiar apresenta uma deficiente organização de processos (cada elemento do Núcleo escreve as suas notas em folhas soltas, não existe sequencia de registos nem uniformização de procedimentos), os processos não se encontram ordenados e não estão informatizados.

Assim a autora pretende dar a conhecer a operacionalização da sistematização dos processos do NACJR, demonstrando as fases necessárias para a sua implementação.

PERCURSO

- Reunião com a orientadora de Estágio;

- Reuniões com o NACJR (que é constituído por duas enfermeiras, uma pediatra, uma psicóloga, uma assistente social);
- Revisão Bibliográfica.

Após a realização destas intervenções em que houve debate de ideias através de diversas reuniões, sendo utilizada uma metodologia activa, participativa, de negociação e de reflexão só assim foi possível passar á fase seguinte de planeamento e implementação, onde se propõe a realizar as seguintes intervenções:

- Realização dos documentos, cujo objectivo é uma maior funcionalidade, sistematização de dados e organização de processos (Anexo III – ponto 3.5):
 - PIAF (Plano de Intervenção de Apoio Familiar)
 - Folha de Seguimento
 - Folha de Contactos
- Elaboração de procedimentos e normas, para a implementação dos respectivos documentos e registos, (Anexo III – ponto 3.5);
- Os processos individuais que pertencem ao NACJR foram todos reorganizados incluindo os documentos, que foram realizados com o objectivo de uma maior funcionalidade;
- Elaboração da Base de Dados das crianças seguidas pelo NACJR. Para a realização da Base de Dados, foram necessárias reuniões com a equipa do NACJR, com as internas de pediatria, com a assistente social do Centro de Saúde, com a enfermeira a exercer funções na consulta de saúde infantil, a orientadora de estagio e com a professora;
- Esta Base de Dados permitiu ter um conhecimento detalhado das situações seguidas pelo Núcleo.

Estas actividades foram promotoras de diferentes aprendizagens e competências.

Foi necessária disponibilidade, flexibilidade, criatividade, mobilização de conhecimentos informáticos, o estabelecimento de parcerias e trabalho em equipa que, desde o início, esteve envolvida. A elaboração dos documentos e respectivas normas

vão permitir uniformizar procedimentos e responder às necessidades identificadas, assim como ir de encontro aos objectivos do NACJR.

A organização dos processos do NACJR visa sistematizar e harmonizar as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar com os conhecimentos científicos mais recentes, sendo assim, de extrema importância a organização dos processos na melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família.

Em equipa tudo deve ser regido por princípios éticos como dignidade, respeito pelo outro, responsabilidade, benevolência, justiça, solidariedade sempre com o melhor interesse e benefício para a criança/família.

O método utilizado para a elaboração dos documentos foi pesquisa bibliográfica e diversas reuniões do NACJR. O rigor, a parceria, a reflexão e a negociação profissional estiveram sempre presentes. A elaboração destes documentos e das respectivas normas foram discutidas e aprovadas, pelos elementos do NACJR.

A organização dos processos para o NACJR foi uma actividade com ganhos claros em saúde que foi colmatar uma necessidade identificada.

O desenvolvimento da ciência e a evolução da tecnologia alteraram de uma forma intensa as actividades desempenhadas pelo Homem, o avanço da tecnologia e da informação, contribuiu para modificações mundiais e para o desenvolvimento da Enfermagem.

Ao longo dos anos a nossa profissão tem vindo a exigir cada vez mais competências. PESTANA (2008), no seu artigo de opinião refere algumas tais como:

- Flexibilidade, capacidade de aprendizagem contínua, com qualidade;
- Iniciativa, espírito empreendedor, capacidade para o trabalho e em equipa;
- Conhecimento e capacidade de utilização das novas tecnologia, capacidade para trabalhar em ambientes virtuais.

A mobilização de conhecimentos de informática necessários para a realização da Base de Dados e o tratamento estatístico exigiram disponibilidade, paciência, capacidade de aprendizagem, um espírito empreendedor, mas no final é gratificante ver o resultado apresentado.

Assim, os dados que estão colocados nos quadros referem-se exclusivamente aos casos estudados pelo NACJR e com processo já organizado, com a elaboração de PIAF e acompanhamento periódico (no domicílio/no Centro de Saúde/parceiros).

Quadro 1 – Número de casos estudados pelo NACJR

<u>NÚMERO DE CASOS</u>	<u>ANO DE 2008</u>			<u>ANO DE 2009</u> (ATÉ 30 DE JUNHO)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Casos Sinalizados (Total)	8	8	16	12	15	27
Em acompanhamento	8	8	16	19	23	42
Arquivados	1	-	1	-	2	2
<u>Encaminhados</u>						
Para parceiros 1º Nível	-	-	-	-	1	1
Para CPCJ	2	1	3	1	7	8
Para Tribunal	-	-	-	-	1	1

Quadro 2 – Número de casos referenciados para o NACJR

<u>ENTIDADE QUE REFERENCIA</u>	<u>ANO DE 2008</u>			<u>ANO DE 2009</u>		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
CPCJ	3	3	6	5	3	8
Escolas	-	-	-	1	3	4
Tribunal de Menores e Família	-	-	-	3	-	3
Hospital de Santa Maria	-	-	-	-	2	2

Quadro 3 – Tipo de maus tratos

TIPO DE MAU TRATO ¹	ANO DE 2008			ANO DE 2009		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Negligencia (inclui abandono)	8	7	15	8	11	19
Mau Trato físico	-	1	1	-	2	2
Abuso sexual ²	-	-	-	2	-	2
Mau Trato psicológico (abuso emocional)	-	-	-	2	4	6

Para ter uma boa caracterização ainda há muito a fazer. Estes dados são uma pequena “gota de água” do nosso “Universo” de crianças em risco desde o início do NACJR até Junho de 2009. Foi muito importante organizar os processos, elaborar a Base de Dados, para assim podermos cruzar os dados e conhecer a situação real da comunidade.

A elaboração dos documentos e respectivas normas que vão dar origem aos processos do NACJR, a organização dos processos e o tempo passado em frente ao computador a inserir dados exigiu disponibilidade, concentração, tempo, pesquisa, mas, a formação deve ser encarada como um investimento indispensável e deve decorrer ao longo da vida profissional. Só assim se consegue acompanhar uma sociedade que exige respostas às suas necessidades com mais competência, qualidade, eficiência, e principalmente na área de enfermagem.

Tudo o que foi referido anteriormente foi encarado como um enorme desafio: a melhoria da assistência à criança e família em risco que só poderá trazer num futuro próximos ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista de saúde infantil está habilitado para prestar cuidados de maior complexidade na sua área, em parceria com a criança e jovem/família em situação de crise ou risco, pois incrementará a qualidade dos cuidados de enfermagem e ao

¹ Nas situações em que foram identificados diferentes tipos de mau trato, mencionámos apenas o considerado mais grave.

² Só considerámos os casos comprovados, porque foram acompanhados por suspeita de abuso temos 5 situações (inclui 2 no mau trato psicológico, 2 na negligência e 1 no mau trato físico).

mesmo tempo o desenvolvimento de uma enfermagem com ganhos para a saúde, através do exercício de boas práticas.

Os conhecimentos aprofundados e as competências desenvolvidas foram muito gratificantes para a continuação do desempenho profissional.

1.3.3 Contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família, no seu meio ambiente, através da uniformização de procedimentos e da sistematização da Visita Domiciliária à criança/família em risco.

Actualmente no Centro de Saúde do Lumiar, a visita domiciliária a crianças em risco realiza-se todas as quintas feiras das 14 às 17 horas. Existe interesse por parte dos enfermeiros da equipa de intervenção comunitária em realiza-la, mas esta não está sistematizada nem organizada, não existe uniformização de procedimentos nem sequência de registos.

A sistematização da Visita Domiciliária a crianças em risco surge de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais.

Segundo HAGGERTY (2003), a informação que normalmente é registada numa visita domiciliária tende a focar-se nos aspectos físicos e mensuráveis; mas o conhecimento dos sentimentos, preferências e valores da criança/família é igualmente importante para efectuar cuidados personalizados e garantir uma resposta adequada às necessidades.

A consciência e preocupação constante com a continuidade dos cuidados são fundamentais para uma boa prestação de cuidados de enfermagem.

O mesmo autor refere ainda que, o conceito de “continuidade dos cuidados” aplicada a enfermagem refere-se à transferência de informação e coordenação dos cuidados ao longo do tempo; a ênfase está na comunicação entre enfermeiros, de forma a manter uma abordagem coerente e personalizada à criança/família, à medida da evolução das suas necessidades.

PERCURSO

Após o diagnóstico da situação, a reflexão e a partilha com enfermeiros da equipa de intervenção comunitária, foram essenciais para a construção desta actividade.

Foram definidas as seguintes intervenções:

- Formalização do projecto;
- Pesquisa bibliográfica;
- Reunião com a equipa de Intervenção comunitária do Lumiar e com o DSP de ARSLVT;
- Realização dos documentos, cujo objectivo é uma maior funcionalidade e sistematização de dados:
 - Folha de Colheita de Dados para a Realização da Visita Domiciliária à Criança em Risco (Anexo IV – ponto 8);
 - Folha de Visita Domiciliária à Criança em Risco e respectiva Norma que permitirá uniformizar procedimentos e responder às necessidades identificadas (Anexo IV – ponto 8);
- Para dar a conhecer os documentos elaborados, foram realizadas várias reuniões: com a orientadora de Estágio, com os elementos do NACJR e com a equipa de intervenção comunitária;
- Aplicação da Folha de Colheita de Dados para a Realização da Visita; Domiciliária à Criança em Risco;
- Realização de Visita Domiciliária;
- Aplicação da folha de Visita Domiciliária;
- Elaboração de um suporte bibliográfico;
- Tratamento dos dados estatísticos.

As intervenções delineadas foram realizadas adequadamente e os objectivos foram alcançados.

A elaboração dos documentos vai permitir uniformizar procedimentos e responder as necessidades identificadas.

Desde o início da concepção deste projecto toda a equipa foi envolvida. Só assim foi possível a sua implementação, que tem como um dos seus objectivos promover o desenvolvimento de competências na família e no seu ambiente.

A Visita Domiciliária desempenha um papel primordial, porque constitui uma modalidade de intervenção de enfermagem, que permite obter um conhecimento global e integrado da criança e família no seu contexto real (físico, familiar e social).

Ao ser direccionada para a criança em risco, a Visita Domiciliária, reveste-se de uma importância acrescida, isto se for considerado que é o momento ideal para encontrar indícios de negligência, através da observação do comportamento exibido pela criança e a interacção familiar.

Neste contexto a enfermagem de saúde infantil tem vindo a evoluir quer no plano legislativo, quer na criação de condições que garantam o bem-estar da criança e família.

A sistematização da Vista Domiciliária era pertinente, abrangente e correspondia às necessidades da Equipa de Intervenção Comunitária. Para a elaboração dos documentos foi necessário uma revisão bibliográfica e varias reuniões com a Equipa, contribuindo para a uniformização dos procedimentos durante a Visita Domiciliária o que contribuirá para que os cuidados de enfermagem prestados a criança/família em risco no seu ambiente, sejam realizados com confiança, segurança e eficazes.

Não existem receitas para a forma de como se deve realizar uma vista domiciliária, existem diversas estratégias, objectivos e limites de tempo. No entanto, existem algumas orientações comuns a todas as visitas.

Neste sentido, a primeira atitude do enfermeiro deve ser o levantamento das necessidades, identificando desta forma quais as necessidades sentidas pelas crianças/famílias. Preenchendo a Folha de Colheita de Dados Para a Realização da Visita Domiciliária, de seguida deve então ser elaborado o planeamento, fase em que já é visível o desenvolvimento da visita, onde é levada em consideração a selecção das visitas, a colheita de dados, o plano da visita e a preparação do material que seja necessário para as intervenções de enfermagem. Pode-se também definir dentro do planeamento da visita qual o tempo disponível do enfermeiro, qual o horário mais adequado para a família, quais os problemas de maior relevância e prioridade e ainda qual o meio de transporte necessário. No plano da visita deve proceder-se à identificação da família, endereço e condições socioeconómicas.

Numa fase da já execução da visita em si, o enfermeiro deve ter em atenção determinadas regras, tais como, o uso de uma linguagem clara e de acordo com o nível da família, observar o meio ambiente e as reacções do agregado familiar face aos

problemas existentes e manter um contacto discreto e empático. É no seguimento desta visita que o enfermeiro deve realizar os ensinamentos que achar necessários, recorrer a recursos da comunidade que possam ser utilizados pela família. As acções e ensinamentos de enfermagem realizados devem ser adequados, dependendo da situação habitacional e socioeconómica da família, sendo que deste modo os cuidados de enfermagem tornam-se específicos e individualizados para cada uma das situações vivenciadas. Além disso, o enfermeiro também deve promover um estilo de vida saudável e influenciar mudanças no mesmo, como conselheiro e modelo de referência.

E para terminar a visita, e não menos importante que todos os procedimentos realizados anteriormente, segue-se o registo dos dados observados, de forma a ficarem descritas as situações observadas e como a visita ajudou a família face à realidade em que se enquadra. Só através da escrita o enfermeiro consegue transmitir o seu trabalho ao resto da equipa multidisciplinar, por esta razão todas as actividades desenvolvidas permitiram promover a reflexão da equipa, assim como, a implementação e sistematização da Folha de Colheita de Dados e da Folha de Visita Domiciliária à Criança em Risco.

Para a construção destes documentos foi essencial a partilha e a reflexão constante com a equipa de intervenção comunitária onde a fundamentação e a avaliação dos diferentes itens introduzidos foi uma constante.

Foi solicitado durante estas reuniões a realização de um suporte bibliográfico. A elaboração deste suporte intitulado: “Visita Domiciliária a Crianças em Risco” (Anexo IV – pontos 1, 2 e 3), permitirá a todos os enfermeiros consultarem e terem acesso aos documentos de referência que suportam a intervenção do enfermeiro em situações de Criança em Risco.

Todo o trabalho realizado teve o apoio e a aprovação da Equipa de Intervenção Comunitária. A sua divulgação foi através de reuniões informais, com os enfermeiros ao longo de todo o estágio.

Após serem realizadas os documentos, foram colocadas em prática, nos últimos 15 dias de estágio, sendo realizadas 4 visitas domiciliárias, 2 por semana.

A Folha de Colheita de Dados permitiu um conhecimento adequado da criança, identificação do risco e problemas, para assim o enfermeiro poder planear as orientações/encaminhamentos e executar correctamente a sua actividade. Esta colheita de informações sobre a criança/família foi realizada através dos registos escritos nos

processos e nas informações da equipa multidisciplinar. Esta folha permitiu ter uma sequência bem elaborada da colheita de dados, podendo assim planear o desenvolvimento da visita de acordo com os objectivos traçados.

A Folha de Visita Domiciliária permitiu proporcionar informação das crianças em risco, com um conhecimento amplo de toda a dinâmica familiar, das condições habitacionais, económicas e de redes de apoio.

No fim de cada visita, foi registado de uma forma clara e global como esta decorreu, pois só através destes registos é possível dar continuidade de cuidados e da elaboração do Plano de Intervenção de Apoio à Família.

Estes registos vão permitir uma avaliação das prioridades estabelecidas para cada família e se a família progrediu na resolução dos seus problemas, através do apoio continuado.

Uma das grandes tarefas das famílias é criar os filhos, que se tornem adultos saudáveis, responsáveis e criativos. Os pais, como principais zeladores pelos seus filhos, estão encarregados de os manterem saudáveis, bem como, de cuidarem deles durante a doença e evitando factores de ponham em risco o bem-estar da criança.

Para a DGS (2007), “os factores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens”.

Seguindo este pensamento, pode-se destacar diferentes riscos dentro de uma família, tais como risco biológico, risco social, risco económico e estilos de vida de risco. Ao identificar o risco, na Folha de Colheita de Dados, revela-se de uma enorme importância pois permite a actuação do enfermeiro corrigindo e melhorando a sua intervenção, direccionando-a para minimizar ou eliminar o risco detectado e também para as necessidades concretas e reais detectadas no decurso da realização da visita.

A elaboração destes documentos, vai contribuir para a continuidade de cuidados prestados à criança em risco através de um conhecimento amplo de toda a dinâmica familiar. A Folha da Visita Domiciliária é colocada no processo familiar, envolvendo assim toda a equipa multidisciplinar, permitindo a reflexão e discussão em equipa.

Ao ser realizada por uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, revela-se de uma importância fulcral, permitindo a determinação de riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, mas contribuindo também para a melhoria da qualidade de vida da mesma.

Desta forma, a enfermeira apoia a família na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a educação e a saúde contribuindo, assim, para que a família assuma essas mesmas responsabilidades.

A ajuda á família na aquisição e desenvolvimento das competências parentais, è de primordial importância para os profissionais de saúde, principalmente para a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria.

O seu papel pode ser determinante, pelos seus conhecimentos de desenvolvimento infantil e dinâmica familiar, pela sua sensibilidade na avaliação de situações problemáticas, actuando a fim de evitar ou minimizar o risco infantil.

A sistematização da Visita Domiciliária exigiu da autora competência científicas, técnicas e humanas. Foram necessários conhecimentos profundos, mas também capacidade de os aplicar em situações complicadas como é o caso da Criança em Risco. Reflexão, criatividade, espírito de equipa, comunicação e metodologia foram também necessárias para desenvolver esta actividade. Tendo sempre uma postura e intervenção pró-activa durante todo este percurso, são visíveis as competências específicas e adquiridas no âmbito da criança/família em risco.

2 CONCLUSÃO

Como sociedade somos constantemente informados de situações extremas de crianças em risco, divulgadas pela comunicação social ou encontradas em qualquer página de um jornal ou revista quando folheamos. Cabe a cada um de nós, como pessoa social e profissional, encontrar estratégias estas situações.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve incidir principalmente na prestação de cuidados de maior complexidade à criança em risco, salientando a componente técnica, científica e relacional. Através desta complexidade, tende-se para a reflexão e melhoria da prática profissional. O enfermeiro deve ter também, conhecimento de que os instrumentos legais existentes são um importante contributo para a prática diária de cuidados. A importância do conhecimento destas leis para todos os profissionais de saúde, são uma mais valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à protecção da saúde da criança e garantia dos cuidados necessários a todas as crianças de que elas necessitam.

O enquadramento justificativo da temática, assim como, o diagnóstico da situação efectuado e fundamentado, levou à tomada de decisão e à sistematização de todas as actividades implementadas, que foram:

- **“Criança em Risco”** – esta foi a denominação atribuída a uma sessão de formação realizada para a equipa multidisciplinar no Centro de Saúde do Lumiar e as duas extensões.

Contribuindo, assim, para a formação da equipa multidisciplinar sobre a criança em risco, tendo em vista uma identificação e sinalização precoce destas situações, para o NACJR, através da Folha de Referenciação de Crianças em Risco.

Foi uma sessão dinâmica e participativa. Foi visível a sensibilização e o envolvimento dos profissionais de saúde perante este tema, que de acordo com o diagnóstico de situação efectuado, um dos grandes desafios da elaboração desta sessão era conseguir sensibilizar e envolver os profissionais de saúde para o tema “A Criança em Risco”, o que foi concretizado.

A preparação desta sessão exigiu da autora competências humanas, científicas, técnicas, capacidade de reflexão e de decisão. O tema exigia conhecimentos profundos mas também capacidade de os integrar na prática do dia a dia, capacidade de trabalhar em equipa, de comunicação, uma forte consciência ética e o cumprimento das leis e deontologia profissional. Só assim, é possível minimizar ou eliminar os riscos em crianças, permitindo a excelência dos cuidados e à concretização de ganhos em saúde.

A elaboração do documento de referenciação de crianças em risco tem como objectivo a sinalização precoce e proporcionar toda a informação acerca da criança/família em risco (não se perdendo assim nenhuma informação).

A pertinência deste documento é permitir e dinamizar a articulação interna no Centro de Saúde, possibilitando ao NACJR identificar o número de crianças em risco e permitindo, assim, actuar perante a criança em risco e família, no sentido de preservar os laços existentes apostando nas competências parentais, pois permite elaborar em conjunto com a família um Plano de Intervenção e Apoio à Família – PIAF, que assim, sistematize e harmonize as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

Todas as actividades desenvolvidas para a realização da Sessão, a elaboração do suporte teórico e dos documentos de referenciação, exigiu tempo, disponibilidade, concentração, procura, identificação de documentos de referência e reuniões com os diferentes profissionais, mas a formação é sempre um processo de mudança, muito gratificante e enriquecedor. Todo este processo foi de extrema importância e com bastantes ganhos. O rigor, a parceria, a revisão da literatura, a negociação e a partilha multiprofissional estiveram sempre presentes.

A reflexão que foi realizada no fim da sessão “A Criança em Risco” a qual teve uma elevada participação da equipa multidisciplinar, sobre esta temática, foi muito positiva demonstrando interesse, sensibilidade por parte da equipa o que vai contribuir futuramente para um olhar mais atento para a criança, levando assim, à melhoria das práticas e dos cuidados.

O suporte bibliográfico disponibilizado permitirá à equipa multidisciplinar aprofundar conhecimentos e reflectir sobre temáticas como: os maus tratos, perigo,

risco, factores de protecção, responsabilidade dos serviços de saúde, um enquadramento legal da criança em risco e a relação de ajuda.

A formação, a detecção de sinais e factores de risco, a sinalização, o encaminhamento, o NACJR e a sua actuação perante a família, onde as competências parentais são um factor primordial; tudo o que foi referido anteriormente foi encarado como um enorme desafio: a melhoria da assistência à criança e família em risco que só poderá trazer num futuro próximos benefícios para a comunidade.

Foi muito gratificante a realização deste estágio em contexto de trabalho pois permitiu à autora, como Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, demonstrar estar habilitada para prestar cuidados de maior complexidade, em parceria com a equipa/criança/família em situação de risco, pois só assim é possível incrementar a qualidade dos cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo o desenvolvimento de uma enfermagem com ganhos para a saúde, através do exercício de boas práticas.

- **A Uniformização de Procedimentos e a Sistematização dos Processos no NACJR** – A organização dos processos do NACJR através da elaboração de vários documentos tais como: a Folha Plano de Intervenção de Apoio à Família (PIAF), Folha de Seguimento de Intervenções e Folha de Outros Contactos permitiu sistematizar e harmonizar as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar com os conhecimentos científicos mais recentes, sendo assim, de extrema importância a organização do processo na melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família.

A elaboração das normas de procedimento permitiu reflexão e a sistematização da equipa multidisciplinar sobre a assistência à criança e família em situações de risco.

A elaboração da Base de Dados permite uma identificação do número de crianças referenciadas como de risco, o tipo de maus tratos, as idades, as intervenções realizadas e planeadas, visitas domiciliárias realizadas, encaminhamentos, quem referencia e o número de projectos activos e arquivados.

A implementação desta actividade exigiu reflexão, disponibilidade, criatividade, capacidade de trabalhar em equipa, capacidade de comunicação, e muitas horas em frente ao computador.

Todo este processo visa a melhoria da organização da qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

- **A Uniformização de Procedimentos e a Sistematização da Visita Domiciliária a Crianças/Famílias em Risco** – a construção e a implementação desta actividade contribuiu para a uniformização e sistematização dos procedimentos a realizar na Visita Domiciliária à criança/família em risco. As intervenções desenvolvidas permitiram a melhoria da qualidade e dos cuidados prestados à criança/família em risco e ao desenvolvimento de competências parentais. Foram elaborados dois documentos: uma Folha de Colheita de Dados para a Realização de uma Visita Domiciliária à Criança em Risco e também uma Folha de Visita Domiciliária, tendo ambas como objectivo proporcionar informação das crianças em condições de risco.

O suporte bibliográfico disponibilizado – sustentado, estruturado e fundamentado, permite à equipa de enfermagem aprofundar e reflectir sobre o seu papel numa visita domiciliária.

Foram necessárias diversas reuniões com a equipa de intervenção comunitária, criatividade, mobilização de conhecimentos, negociação, reflexão, análise e fundamentação teórica. Foram necessários também conhecimentos muito profundos e ter a capacidade de os integrar e aplicar em situações complexas e concretas que ocorrem na prática diária profissional, assegurando assim, a qualidade e o cumprimento de regras de ética e de deontologia profissional. Foram desenvolvidas competências específicas, assim como, conhecimentos profundos perante a criança/família em risco, sempre tendo como objectivo a melhoria dos cuidados de enfermagem.

As intervenções desenvolvidas permitiram a implementação e sistematização de procedimentos a realizar na visita domiciliária, bem como, ajudar as famílias na aquisição de competências necessárias para que o seu papel se concretize com sucesso minimizando o risco, evitando assim, possíveis maus tratos.

Para MAGALHÃES (2004), os maus-tratos dizem respeito 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 relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder.”

Segundo a DGS (2007), os maus-tratos afectam a criança ou jovem, por acção ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem está habitualmente e da comunidade em geral. Por tudo o que foi referido, o fenómeno da criança/família em risco, é um problema de Saúde Pública.

A Visita Domiciliária desempenha um papel primordial, porque constitui uma modalidade de intervenção de enfermagem, que permite obter um conhecimento global e integrado da criança e família no seu contexto real (físico, familiar e social). Ao ser direccionada para a criança em risco, a Visita Domiciliária, reveste-se de uma importância acrescida, isto se considerarmos que é o momento ideal para encontrar indícios de negligência, através da observação do comportamento exibido pela criança e a interacção familiar.

Ao ser realizada por uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, revela-se de uma importância fulcral, permitindo a determinação de riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, mas contribuindo também para a melhoria da qualidade de vida da mesma, através de uma interacção precoce e sustentada num conhecimento real da situação, do seu contexto familiar e de comunidade onde esta inserida, o que certamente se converterá em ganhos em saúde.

A autora pensa assim, ter adquirido e desenvolvido competências no contexto da prática profissional perante a criança em risco. Esperando assumir uma postura e exercício profissional responsável, pró-activo, contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo como contributo os instrumentos necessários que são essenciais para a prática diária dos cuidados. Em relação à enfermagem pediátrica, esta deve incidir sobre programas estruturados e sistematizados de apoio às crianças/famílias fomentando a aquisição e o desenvolvimento de competências parentais ao longo do ciclo de vida e tendo como objectivo minimizar e eliminar os riscos para a criança/família. Só assim se chega à excelência dos cuidados de enfermagem e à melhoria da saúde na comunidade.

Como sugestões é de referir que a formação em contexto de trabalho é de extrema importância porque podemos desenvolver projectos, programas, indo de encontro aos objectivos dos profissionais de saúde contando com a colaboração de toda a equipa, em prol de um futuro com melhor qualidade de saúde.

Aprofundar conhecimentos nesta área foi uma das necessidades identificadas pela autora, assim esta formação foi encarada como um investimento indispensável. Pois só assim se consegue acompanhar e dar resposta a uma sociedade que exige respostas às suas necessidades com mais competência, qualidade, eficiência, principalmente na área de enfermagem.

Ao realizar este relatório, a autora pensa ter conseguido sistematizar o percurso que desenvolveu, tendo como meta atingir o objectivo a que se propôs: o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria perante a criança/família em risco. Estas competências irão contribuir para a detecção precoce de crianças em risco, dispor de mecanismos reais de cooperação de modo a proporcionar segurança e efectividade no trabalho desenvolvido, levando ao bem-estar e à melhoria da qualidade de vida destas crianças.

A autora sabe que irá continuar a investir nas competências profissionais nesta área e mais do que tudo pretende continuar a dar o seu melhor, promovendo através da melhoria dos cuidados de enfermagem, no seu exercício diário, sempre salvaguardando os direitos da criança e tendo como objectivo ganhos em saúde.

Neste percurso a reflexão foi constante, o pensamento crítico sobre os cuidados e as práticas diárias incentivaram o desenvolvimento de competências perante uma situação de risco. É muito difícil cuidar de crianças em risco, mas através das competências, do respeito, do cumprimento das regras de ética e de deontologia profissional, consegue-se na prática profissional assegurar a qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre como objectivo o interesse superior da criança.

Porém, no que diz respeito à criança em risco, a mensagem que quero transmitir é de esperança no futuro.

Como enfermagem é uma profissão humanitária nunca poderemos esquecer que “o nosso caminho não é de relva suave, é um trilho de montanha pejado de muitas pedras. Mas segue em frente, para cima rumo ao Sol!” HUBBARD (2003).

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ ALARCÃO, I. – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. nº 6 (Maio 2001) 53-59.
- ☞ BENNER, P. – **De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Editora Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- ☞ CANÁRIO, R. – **Formação e situações de trabalho**. Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-34125-4.
- ☞ CANHAS, – **A criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos**. (1ª e 2ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto, 2003.
- ☞ COUCEIRO, M.L.P. – Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. **Revista de Educação**. Lisboa. nº 2, (1998) 53-60.
- ☞ DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS – [em linha] [consultado em 20 de Janeiro de 2009] Disponível na internet em: **URL: <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>**
- ☞ Decreto-lei nº 104/98. **Diário da República. I Série – A**. 93 (1998-04-21) 1739-1757
- ☞ DECRETO-LEI Nº 161/96. **Diário da República. I Série – A**. 205 (1996-09-04) 2959-2962
- ☞ DECRETO-LEI Nº 437/91. **Diário da República. I Série**. 257 (1991-11-08) 5723-5741

- ☞ HAGGERTY, J.; et al – **Continuity of Care: a multidisciplinary review**. N° 327. [em linha]. [consultado em 24 de Junho de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/327/7425/1219?etoc>**
- ☞ HUBBARD, E. – **Uma carta para Garcia – Sobre livros e anúncios**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2003.
- ☞ LEI CONSTITUCIONAL N° 1/2005. **Diário da República. I Série A**. 155 (2005-08-12) 4642-4686.
- ☞ LEI N° 147/99. **Diário da República. I Série A**. 204 (1999-09-01) 6115-6132.
- ☞ LEI N° 48/90. **Diário da República. I Série – A**. 195 (1990-08-24) 3452-3459
- ☞ LEI N° 56/79. **Diário da República. 1ª Série – A**. 214 (1979-09-15) 2357-2363
- ☞ LIMA, L. – **Os Maus Tratos Infantis**. [em linha]. [consultado em 24 de Junho de 2009]. Disponível em: **URL: http://www.multiculturas.com/textos/maus-tratos_infantis_Licinia-Lima.pdf**.
- ☞ MAGALHÃES, T.– **Maus tratos em crianças e jovens**. 3ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, , 2004.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros: a protecção das crianças**. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>**.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Individualização das especialidades em Enfermagem**. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL:**

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf.

- ☞ **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados.** [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>**
- ☞ **ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>**
- ☞ **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE. Saúde para todos no século XXI. Uma introdução.** Loures: Lusociência, 2002.
- ☞ **PESTANA, H. – Afinal, a Formação é mesmo um Valor Acrescentado para o Próprio?. Revista Portuguesa de Enfermagem.** Amadora. 13 (Jan. /Fev. /Março 2008) 11-15.
- ☞ **PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - Programa – Tipo de actuação.** Lisboa, Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil, 2002.
- ☞ **PORTUGAL. Ministério da Saúde. Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco.** Lisboa, Inspeção-geral de Saúde, 2005
- ☞ **PORTUGAL. Ministério da Saúde.– Maus tratos em crianças e jovens.** Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- ☞ **PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004 Vol. I e II , 2010: mais saúde para todos.** Lisboa, 2004.
- ☞ **PORTUGAL. Ministério da Saúde.– Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas. Vol. II.** Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004 .

- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002.
- ☞ RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Nº 20/90. **Diário da República. I Série**. 211 (Suplemento) (1990-09-12) 3738-(2)-3738(20).
- ☞ RESOLUÇÃO DO CONSELHOS DE MINISTROS Nº 30/92, **Diário da República. I Série – B**, 189 de (1992-08-18) 4013-4014
- ☞ SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55, 11-20

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
Escola Superior Politécnica de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Local de Estágio

Elaborado por:

Maria de Lurdes dos Santos Mendes Florindo

Sob a orientação de:

Professora Elisabete Nunes
Enfermeira Sílvia Filipe

Lisboa, Junho de 2009

Siglas

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOPs – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SINUS – Sistema Informático

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SUMÁRIO

0	<u>INTRODUÇÃO</u>	65
1	<u>LUMIAR</u>	67
1.1	ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO.....	68
1.2	PATRIMÓNIOS.....	69
1.3	RECURSOS EDUCACIONAIS.....	70
1.4	RECURSOS DE SAÚDE.....	71
1.5	TRANSPORTES PÚBLICOS.....	72
2	OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DA ARSLVT, PARA 2008.....	73
3	<u>CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR</u>	75
3.1	OBJECTIVOS DO CENTRO DE SAÚDE.....	75
3.2	HORÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE.....	76
3.3	RECURSOS HUMANOS.....	80
3.4	INTER-RELAÇÕES (PARCERIAS).....	81
3.5	OBJECTIVOS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE INFANTIL.....	81
4	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	85

0 INTRODUÇÃO

A autora deste resumo é Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, a exercer funções no Centro de Saúde do Lumiar, na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, onde será realizado este estágio, que pertence ao Módulo I, em contexto de trabalho.

Assim, foi realizada uma breve introdução ao local de estágio escolhido para a realização deste portefólio.

O Centro de Saúde do Lumiar pertence à rede de Cuidados Primários da ARSLVT, encontra-se integrado na Unidade Setentrional A e actualmente faz parte do Agrupamento Centros de Saúde Lumiar, Sete Rios, Benfica e Alvalade.

1 LUMIAR

HISTÓRIA DO LUMIAR

A história do Lumiar iniciou-se em 2 de Abril de 1266.

Em 1312, D. Dinis efectua a partilha dos bens do Conde de Barcelos, ficando para D. Afonso Sanches, seu filho bastardo e genro do Conde, uma quinta e casa de Campo no Lumiar, a que se passou a chamar Paços do Infante D. Afonso Sanches. No reinado de D. Afonso IV, esta residência nobre adquire a designação de Paço do Lumiar, a qual ainda hoje se mantém.

No início do séc. XVIII, era definido o Lumiar como "um sítio de nobres quintas, olivais e vinhas", sendo os principais frutos da terra o vinho, o trigo, a cevada e o azeite.

Em meados do séc. XIX, realizavam-se no Lumiar três feiras anuais (Fevereiro, Junho e Agosto), todas muito concorridas, especialmente a de Santa Brígida, em que havia romaria e bênção do gado.

De 1852 a 1886, esta freguesia esteve integrada no concelho dos Olivais, sendo finalmente incorporada no território da Cidade de Lisboa, em 18 de Julho de 1885.

Desde os princípios do séc. XIX que a população da freguesia tem aumentado significativamente.

No séc. XX, assiste-se na freguesia, a um forte aumento populacional – 2.840 habitantes em 1900 para mais de 30.000 em 2000, tendo a antiga aldeia perdido, nas últimas décadas, quase definitivamente as suas características, com os diversos parques habitacionais. A grande aposta actual é o bairro da Alta de Lisboa. Foi inaugurado, no dia 10 de Outubro de 2007, o último troço do eixo norte-sul, facilitando o trânsito de toda a capital portuguesa.

A freguesia do Lumiar é servida pelo parque recreativo Quinta das Conchas e dos Lilases.

1.1 ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO



Figura 1

Fonte: www.mapadelisboa.com

O Centro de Saúde do Lumiar situa-se no distrito de Lisboa, freguesia do Lumiar, na Alameda das Linhas de Torres n.º 243 (figura 1).

Relativamente aos aspectos socioeconómicos, o sector de actividade predominante é o terciário com 71,3% da população activa. Entre os não activos existem 6,6% de população desempregada.

Segundos dados dos Censos de 2001, a freguesia do Lumiar ocupa uma área geográfica de 6282km², com uma população residente de cerca de 36309 habitantes.

Actualmente o Centro de Saúde abrange uma área geográfica de 9.608Km², estando os habitantes distribuídos por 3 freguesias: Lumiar, Charneca e Ameixoeira. A população residente calcula-se muito perto dos 100.000 habitantes. No Centro de Saúde, encontram-se inscritos 83501 utentes, dos quais 31430 não têm médico de família. Nas respectivas extensões (Charneca e Ameixoeira) existem 54.455 utentes inscritos, dos quais 23.333 não têm médico de família.

No Centro de Saúde do Lumiar existem cerca de 16904 crianças inscritas dos 0 aos 18 anos o que corresponde a 21,45% dos utentes inscritos (dados retirados do Sistema Informático SINUS em Março de 2009).

A população desta área é constituída por um misto de pessoas de diferentes culturas e consequentemente de diferentes valores, hábitos e estilos de vida. Fazem parte desta população: idosos provenientes de várias províncias de Portugal, população de etnia cigana, assim como PALOPs. É também uma área onde se assiste à constante chegada de novos moradores.

Em 2000/2001 teve início um programa de realojamento de famílias carenciadas, residentes em bairros degradados destas freguesias. A estas famílias foram dadas condições habitacionais de qualidade, que constituem actualmente a Alta de Lisboa.

A freguesia do Lumiar, actualmente, é constituída por um conjunto de Bairros:

- **Alta de Lisboa** – novo bairro criado como um projecto imobiliário ambicioso que inclui os antigos bairros da Musgueira norte e sul e Calvanas.
- **Calvanas (Charneca)** – em Agosto de 2006 ainda podia ser considerado como bairro, mas será brevemente considerado parte integrante da Alta de Lisboa.
- **Telheiras**
- **Bairro da Cruz Vermelha** – criado originalmente para realojar os desalojados das cheias na zona de Odivelas em 1967.

No que diz respeito nos recursos da comunidade, as quatro freguesias que são abrangidas pelo Centro de Saúde do Lumiar dispõem de variados recursos, como estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, serviços administrativos, administração pública, protecção civil, recursos educacionais, culturais, recreativos e desportivos; recursos para a terceira idade, recursos de saúde e locais de culto.

1.2 PATRIMÓNIOS

- Conjunto Urbano da Quinta da Musgueira
- Conjunto da Quinta do Monteiro-Mor, integrado pelo Palácio do Monteiro-Mor, Museu Nacional do Teatro, Museu Nacional do Traje e Jardim Botânico do Lumiar

- Conjunto do Paço do Lumiar integrado pela Quinta dos Azulejos, Quinta das Hortênsias, Quinta do Marquês de Angeja, Quinta do Monteiro-Mor e Capela de São Sebastião (Lumiar).
- Quinta Alegre ou Palácio do Marquês do Alegrete (palácio, jardins, construções e elementos decorativos)
- Igreja Paroquial Lumiar
- Igreja Paroquial de Nossa Senhora do Carmo – Alto do Lumiar
- Chafariz do Boneco - Largo de Júlio de Castilho
- Convento de Santa Brígida
- Convento de Nossa Senhora das Portas do Céu
- Villa Sousa (Prémio Valmor 1912 - Arqº Manuel Norte Júnior)
- Biblioteca Municipal Orlando Ribeiro Associação de Cultura e Recreio da Musgueira Norte.
- Associação Popular do Lumiar
- Associação de Residentes de Telheiras
- Associação Sociocultural “A Festa”
- Associação Sociocultural Recreativa e Desportiva da Musgueira Sul
- Atlético Clube da Musgueira Sul
- Centro Cultural Quinta de Nossa Senhora da Luz
- Grupo Recreativo e Desportivo Bairro da Cruz Vermelha
- Grupo Desportivo das Calvanas
- Grupo Desportivo e Recreativo Tunelense
- Parque do Monteiro-Mor Sporting Clube de Portugal
- Quinta das Conchas e dos Lilases
- Parque do Vale Grande

1.3 RECURSOS EDUCACIONAIS

Escolas Públicas:

- Escola Secundária do Lumiar;
- Escola Secundária de Dom José I;
- Agrupamento de escolas de Telheiras;

- Escola Básica do 1º ciclo Nº 57
- Escola Básica do 1º ciclo do Alto da Faia
- Escola Básica 2,3 de Telheiras
- Agrupamento de Escolas Professor Lindley Cintra
- Escola Básica do 1º ciclo Nº31
- Escola Básica 2,3 Professor Lindley Cintra
- Jardim de Infância da Ameixoeira
- Escola Básica do 1º ciclo Nº 109 Professor Eurico Gonçalves
- Escola Básica do 1º e 2º Ciclo Nº 204- Centro de Paralisia Cerebral

Escolas Privadas:

- Instituto Superior de Gestão
- Instituto Superior de Educação e Ciências
- Colégio de S. João de Brito
- Colégio Planalto
- Colégio Manuel Bernardes
- Colégio de Santa Doroteia
- Colégio de S. Tomás

Locais recreativos e desportivos:

- Academia Musical 1.º de Junho
- Academia Recreativa Joaquim Xavier
- Academia União Familiar de Telheiras
- Académico Clube de Ciências

1.4 RECURSOS DE SAÚDE

- Hospital da Força Aérea
- Hospital de Pulido Valente
- Centro de Saúde do Lumiar

1.5 TRANSPORTES PÚBLICOS

O Lumiar é bem servido por transportes públicos. A interface do Campo Grande é um dos principais centros de transferência entre os diferentes transportes públicos de Lisboa, as duas linhas de Metro (verde e amarela), carreiras de autocarros de várias companhias com destinos diversos e táxis.

Metro

É servida pelas seguintes linhas (e estações) do Metropolitano de Lisboa:

- Linha Verde
 - Telheiras
 - Campo Grande
- Linha Amarela
 - Lumiar
 - Quinta das Conchas
 - Campo Grande

Autocarro

É servido por várias carreiras de autocarros da Carris e da Rodoviária.

Relativamente ao Centro de Saúde do Lumiar, este situa-se perto da estação do metro do Lumiar (linha amarela), e perto das paragens da Carris (108, 106, 36) e Rodoviária (201, 300, 311, 314,315).

2 OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DA ARSLVT, PARA 2008

Sendo as atribuições da ARSLVT muito abrangentes e, tendo como missão: *Planear, Investir e Ganhar Saúde*, a visão: *Mais Saúde e Bem-estar para a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* e os valores: *Qualidade, Excelência, Responsabilidade, Ética*, foram identificados os seguintes objectivos estratégicos:

- **Reformar os Cuidados de Saúde Primários**
 - Criar os agrupamentos de centros de saúde;
 - Assegurar à população da região de Lisboa e Vale do Tejo, a prestação de cuidados de saúde primários, organizada em Unidades Funcionais (USF ou UCSP), com níveis elevados de acessibilidade;
 - Ampliar a cobertura assistencial em Unidades de Saúde Familiar.
- **Alargar a Rede dos Cuidados Continuados Integrados**
 - Alargar a oferta em camas de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
 - Aumentar a resposta em cuidados continuados domiciliários.
- **Aperfeiçoar o Reordenamento da Capacidade Hospitalar da Cidade de Lisboa**
 - Consolidar o planeamento da oferta hospitalar de Lisboa e apurar as suas implicações nas restantes áreas de intervenção da região;
 - Acompanhar a negociação de avaliação de propostas aos concursos, em regime de Parceria Público – Privada (PPP) e a execução dos contratos celebrados.
- **Consolidar o Processo de Contratualização e de Acompanhamento**
 - Aperfeiçoar o modelo de monitorização e acompanhamento dos contratos com prestadores públicos e privados;
 - Melhorar a afectação dos recursos financeiros do sistema de saúde e controlar a despesa do Serviço nacional de saúde.

- **Promover a Melhoria do Estado de Saúde da População da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**
 - Iniciar rastreio sistemático do cancro do colo do útero às mulheres entre os 30 e os 64anos;
 - Aumentar a percentagem de doentes com tuberculose a cumprir o esquema curto definido pela OMS;
 - Aumentar a percentagem da população infantil imunizada, no âmbito do Plano Nacional de Vacinação;
 - Garantir a assistência a grávidas utentes e idosos beneficiários do complemento solidário, no âmbito da Saúde oral.

- **Desenvolver os Sistemas de Informação e Comunicação, em Articulação com a ACSS, IP**
 - Adequar a largura de banda dos circuitos de comunicação desadequados às actuais necessidades;
 - Fomentar a inter operacionalização/integração dos sistemas de informação;
 - Promover um sistema de informação único e actualizado para a contratualização e acompanhamento dos contratos com hospitais e centros de saúde;
 - Colaborar na actualização das ferramentas informáticas do Ministério da Saúde.

3 CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

A instituição do Centro de Saúde do Lumiar é constituída por uma sede e por 3 extensões, sendo elas: extensão do Alto do Lumiar, Charneca e Extensão de Saúde Centro de Diagnóstico Pneumológico.

O centro de saúde do Lumiar é constituído por sete pisos, os quais se encontram organizados por uma ou mais áreas de intervenção.

Circuito da Criança dentro do Centro de Saúde:

Administrativo → Enfermeira

Administrativo → Enfermeira → Médico

Administrativo → Médico

Administrativo → Médico → Analista

Administrativo → Médico / Enfermeira → Assistente Social

Administrativo → Médico / Enfermeira → Psicólogo

3.1 OBJECTIVOS DO CENTRO DE SAÚDE

O artigo 6º, refere serem objectivos dos centros de saúde, “dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde”. (www.saudepublica.web.pt)

O centro de saúde do Lumiar centra a sua prática na comunidade promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância ao contexto social, económico e político e

ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

3.2 HORÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE

- **Consultas específicas:**

Diabetes

Dia da semana	Horário
Quinta-Feira	14:00 - 16:00

Cessação Tabágica

Dia da semana	Horário
Quinta-Feira	14:00 - 17:00

Atendimento de jovens e adolescentes

Dia da semana	Horário
Quinta-Feira	14:30 - 17:30

Planeamento Familiar

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:00 - 18:00

Saúde Materna

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:00 - 18:00

Saúde Infantil

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:00 - 18:00

Psicologia

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	09:00 - 17:00

- **Meios de diagnósticos:**

Análises Clínicas

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:00 - 10:00

- **Promoção da saúde:**

Vacinação Crianças

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 16:00

Vacinação Adultos

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 16:00

Saúde Oral

Dia da semana	Horário
Quarta-Feira	17:00 - 20:00
Quinta-Feira	16:00 - 20:00

- **Tratamentos/Outras actividades:**

Pensos

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Injectáveis

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Algaliações

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Fisioterapia

Dia da semana	Horário
Segunda-Feira	09:00 - 17:00
Sexta-Feira	09:00 - 17:00

Aerossóis

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Aspiração de secreções

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Remoção de Pontos

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	08:30 - 20:00

Avaliação da Tensão Arterial

Dia da semana	Horário
Terça-Feira	15:00 - 17:00
Quinta-Feira	15:00 - 17:00

Avaliação de Glicemia Capilar

Dia da semana	Horário
Terça-Feira	13:00 - 16:00
Quinta-Feira	13:00 - 16:00

Horário do Catus:

Dia da semana	Horário
De Segunda-Feira a Sexta-Feira	18:00 - 22:00
Feriados	10:00 - 18:00
Sábado	10:00 - 18:00
Domingo	10:00 - 18:00

3.3 RECURSOS HUMANOS

A equipa que trabalha nesta instituição é constituída por Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Médicos de Família, Médico de Saúde Oral, Médico de Saúde Pública,

Psicólogas, Assistentes sociais, Fisioterapeuta, Técnicos de Saúde Ambiental, Administrativos, Assistentes operacionais, Motoristas e Seguranças.

3.4 INTER-RELAÇÕES (PARCERIAS)

Este Centro de Saúde tem parceria com outras instituições, nomeadamente hospitalares, como o Centro Hospitalar Lisboa Norte (o Hospital Pulido Valente - Consultas Hospitalares de referênciação, Exames Complementares e Hospital de Santa Maria - Serviços de Urgência Pediátrica e Adultos, Consultas Hospitalares de referênciação).

Tem também parcerias com a Santa Casa da Misericórdia, com a Junta de Freguesia do Lumiar e com todas as escolas e infantários da zona do Lumiar.

3.5 OBJECTIVOS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE INFANTIL

É uma área de sucesso na prestação de cuidados em Portugal, igualmente evidenciados pelos bons indicadores conseguidos.

A saúde infantil e juvenil engloba um conjunto de actividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos 0 aos 18anos.

Objectivo geral:

- Melhorar o cumprimento do Programa – Tipo em Saúde Infantil

Estratégias:

- Melhorar a acessibilidade às consultas, através de medidas facilitadoras de respostas rápidas e eficazes;
- Promover a avaliação local das Noticias de Nascimento e o seu tratamento adequado, de forma a identificar as situações de risco e a localizar as crianças que não comparecem;

- Garantir a prestação de cuidados nesta área à população sem Médico de Família atribuído;
- Garantir o cumprimento da legislação em vigor e das orientações técnicas e circulares normativas e informativas da DGS;
- Assegurar o preenchimento do Boletim de Saúde infantil;
- Contribuir para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
- Dinamizar as UCF (área a desenvolver com o coordenador/a da Saúde da Mulher);
- Promover a precocidade da primeira consulta na vida, identificando as causas da baixa precocidade;
- Promover a realização de Exames globais de Saúde;
- Promover o trabalho em equipa;
- Realizar reuniões periódicas com os coordenadores dos programas, para, analisar e orientar os constrangimentos identificados;
- Fazer formação em função das necessidades identificadas.

No Centro de Saúde do Lumiar as actividades de enfermagem estão de acordo com o que é preconizado pelos objectivos traçados do Departamento de Saúde Infantil, da DGS.

Ainda é de referir:

- **A existência da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil;**
Na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é dado ênfase à vigilância e à promoção de saúde da criança/família. A enfermeira coloca em prática, não só os seus conhecimentos científicos, mas também as suas atitudes, capacidades de comunicação, imaginação e competências interactivas com a família. Para que a comunicação seja estabelecida com sucesso, existem algumas habilidades que a enfermeiro deve desenvolver. ABEJAR (1990), refere que a informação fornecida à família deve transmitir credibilidade, confiança e segurança. A linguagem deve ser de fácil compreensão, simples, clara e precisa, de modo a facilitar a percepção da informação. Por fim, somente devem ser abordados assuntos adequados e pertinentes ao momento.

Cuidar de uma criança/família em risco implica que a enfermeira saiba aconselhar. Aconselhamento este, que deve assentar nos princípios e técnicas da comunicação e relação de ajuda, como refere HESBEEN (2000) “ o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associado aos seus conhecimentos de natureza científica a às competências técnicas, revela-se como componentes essenciais a um cuidar de qualidade”.

- **O Projecto da Visita Domiciliaria a Crianças em Risco;**

Este projecto foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “estágio” realizado no módulo I pela autora deste relatório.

Apoiar as “crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos primordiais”, é o que é preconizado no Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2002).

Nestas situações, a visita domiciliária, desempenha um papel primordial, porque é o momento ideal para o desenvolvimento de competências parentais, através de momentos de educação para a saúde, corrigindo comportamentos de acordo com a realidade vivida naquela família.

O Programa – Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2002), refere que a ” avaliação da dinâmica familiar e de rede de suporte sociofamiliar, deve ser uma das preocupações de toda a equipa de saúde”. Assim, durante a visita domiciliária, a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria, avalia aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar, que permite uma detecção atempadamente de problemas, podendo assim actuar no desenvolvimento de competências parentais *in loco*, prevenindo assim situações de risco.

A Visita Domiciliária é um dos instrumentos mais indicados à prestação de cuidados e assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante um processo racional, com objectivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Esta trás resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade da criança e sua família no seu espaço, além de fortalecer os vínculos utente – terapêutica – profissional.

- **A existência do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;**

As instituições de Saúde, devido à missão que lhes compete, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes diariamente nas populações a que prestam cuidados, DGS (2007). Assim compete-lhes a detecção precoce, a identificação de factores de risco e sinais de alarme, tendo a responsabilidade de acompanhar estas situações de risco e sinalizá-las, tendo sem prejuízo uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de redes de apoio a nível da comunidade. Assim, o NACJR adquire um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção do primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção.

- **O Projecto do Cantinho da Amamentação.**

A melhor alimentação de uma criança lactante é o leite materno. Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2004) a alimentação deve ser com leite materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida, complementando com outros alimentos até aos 2 anos ou mais.

Com a finalidade de promover o aleitamento materno no Centro de Saúde do Lumiar foi desenvolvido, em 2008, o projecto “Cantinho da Amamentação” que foi aprovado pela actual directora do Centro de Saúde, mas apenas falta a preparação do espaço, situado no piso 3 na ala da Saúde Infantil.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ ABEJAR, M., PARRA, M. – Communication Terapêutica y Cuidado. **Revista de Enfermeria Rol**. Barcelona. ISSN 0210-5020. nº 147 (Novembro 1990) 123-128.
- ☞ HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- ☞ PORTUGAL. Comité Português para a UNICEF – **Protecção, promoção e suporte do aleitamento materno na Europa: Um projecto de acção**. Lisboa, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2004.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Maus tratos em crianças e jovens**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004 Vol. I e II , 2010: mais saúde para todos**. Lisboa, 2004.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas**. Vol. II. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004 .
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002.

ANEXO II

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde

Escola Superior Politécnica de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



A Criança em Risco

Elaborado por:

Maria de Lurdes dos Santos Mendes Florindo

Sob a orientação de:

Professora Elisabete Nunes

Enfermeira Sílvia Filipe

Lisboa, Junho de 2009

“O enfermeiro tem o dever de, no seu exercício,
salvaguardar os direitos da criança.”

Ordem dos Enfermeiros

Siglas

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

HSM – Hospital de Santa Maria

IGS – Inspeção-Geral de Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à Família

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SINUS – Sistema Informático

SUMÁRIO

0	<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	97
1	<u>PLANO DA SESSÃO</u>	99
2	<u>CONTEÚDOS DA SESSÃO</u>	101
2.1	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	103
2.2	ENQUADRAMENTO LEGAL.....	106
2.3	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	108
2.3.1	<u>Os maus tratos em crianças e jovens</u>	108
2.3.2	Aspectos que colocam as crianças e jovens em risco.....	109
2.3.3	<u>Risco e perigo</u>	110
2.3.4	<u>Situações de perigo</u>	111
2.3.5	<u>Factores de risco e de protecção</u>	111
2.3.6	<u>Situações de urgência</u>	112
2.3.7	Indicadores e caracterização dos maus tratos.....	112
2.3.8	<u>Responsabilidade dos serviços de saúde</u>	116
2.3.9	Filosofia de actuação dos centros de saúde.....	117
2.3.9	Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e dos tribunais.....	119
2.4	A RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	120
3	<u>SESSÃO “ A CRIANÇA EM RISCO”</u>	123
3.1	RECURSOS E PERCURSO.....	123
3.2	CONVITES.....	126

3.3	DIAPPOSITIVOS.....	127
3.4	QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	140
3.5	DOCUMENTOS E NORMAS DE PROCEDIMENTO	143
4	<u>REFLEXÃO FINAL</u>	151
5	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	153

0 NOTA INTRODUTÓRIA

A presente Sessão para a equipa multidisciplinar cujo tema é “A Criança em Risco” surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, durante o estágio no Modulo I, realizado em contexto de trabalho, – Cuidados de Saúde Primários no Centro de Saúde do Lumiar.

O risco é habitualmente conceptualizado em termos de uma fonte de stress capaz de afectar de modo os padrões de interacção familiar dos quais depende o desenvolvimento da criança.

É fácil perceber que neste tipo de definições é dado maior peso à criança do que aos pais.

Quem está em risco ou perigo é a criança.

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

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

Pensa-se também na prática de condutas desviantes por parte destes, como sejam: a toxicoddependência, o alcoolismo, a criminalidade e a delinquência juvenil.

Em finais do ano passado, registava-se em Portugal, segundo dados do Instituto de Solidariedade e Segurança Social, mais de 16 000 crianças e jovens a viverem sem as suas famílias biológicas.

Em 2001 segundo a Organização Internacional do Trabalho, estimava-se que 47 000 crianças eram vítimas de trabalho infantil, registando-se uma grande incidência no meio rural, em particular nos domicílios.

Segundo a Confederação Nacional de Acção sobre Trabalho Infantil, o trabalho infantil tem aumentado, mas com novos contornos: mendicidade e prostituição. O aumento do desemprego contribui muitas vezes para que as crianças tenham de contribuir para o orçamento familiar e, abandonar precocemente a escola. Com a degradação social e a pobreza, têm aumentado os fenómenos da mendicidade, da prostituição infantil e do trabalho doméstico.

Deve-se, em primeiro lugar procurar apoiar e responsabilizar os pais para que seja possível assumirem a sua função natural e insubstituível. Toda a intervenção neste domínio deve ter por referência a Família como núcleo fundamental da sociedade. A institucionalização só pode ser encarada como uma medida de protecção, depois de esgotadas todas as alternativas, da mesma forma que a adopção é a solução do fim da linha.

1 PLANO DA SESSÃO

Tema da Sessão	Criança em Risco
População Alvo	Equipa Multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar
Formadores	Enf.^a Lurdes Florindo
Objectivos	Transmitir conhecimentos, através de uma Sessão para a Equipa Multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar, acerca do tema “Crianças em risco”.
Indicador de Avaliação	Percentagem de participantes que avaliem a sessão quanto à pertinência, conteúdo e metodologia – ao nível de Bom
Duração	60 Minutos
Data e Local	16/06/2009 – Extensão Charneca do Lumiar 17/06/2009 – Extensão Alto do Lumiar 18/06/2009 – Centro de Saúde do Lumiar

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	A promoção dos direitos e a protecção das crianças	Método Expositivo	Computador Data show	7 min
	Maus tratos em crianças e jovens	Método Expositivo	Computador Data show	30 min
	Procedimentos e Protocolos de Intervenção	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Envolvimento dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Intervenção nos centros de saúde	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
Conclusão	Síntese	Método Activo		2 min
	Avaliação	Método Activo	Questionário	3 min
	Entrega de informação complementar	Método expositivo	Informação em papel	1 min

Nota:

Este plano é passível de sofrer alterações que se verifiquem necessárias no sentido de atingir os objectivos propostos.

2 CONTEÚDOS DA SESSÃO

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida. Contudo, os esforços de investigação, levados a cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional ou local, permitem, já, documentar o facto de se tratar de um problema de saúde grave que afecta uma larga parcela da população nas primeiras décadas de vida. O impacto negativo das crianças e jovens pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital

Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 adoptou, um “modelo ecológico” que permite interpretar o fenómeno dos maus tratos enquanto realidade multifacetada.

Segundo a DGS (2007), os serviços de saúde neste domínio devem pautar-se por abordagens que integrem os aspectos culturais, sociais, económicos e legais que determinem, enquanto factores de risco. Os profissionais de saúde devem estar formados e especializados para poderem detectar, acompanhar, apoiar, encaminhar e educar as crianças/jovens em risco e as suas famílias/cuidadores.

A prevalência da criança e jovem em risco tem aumentado ao longo dos tempos, no nosso país e no mundo. Desde Agosto de 1990, com a publicação da Lei de Bases n.º 1 da Base II, na alínea a) que veio atribuir maior relevo às crianças e adolescentes, ao considerá-los como dois dos grupos sujeitos a maiores riscos e preconizando a tomada de medidas especiais para ambos.

Como forma de dar resposta às situações de risco, foram criadas comissões e projectos que têm vindo a desenvolver trabalhos na área do risco infantil nos serviços de saúde. Mas como a informação epidemiológica é bastante escassa segundo a DGS (2006), foi elaborado um Despacho do Senhor Ministro da Saúde, atribuindo à DGS “a condução

do processo tendente a efectivar um conjunto de medidas para a adequação e concertação das respostas do Serviço Nacional de Saúde ao problema dos maus tratos em crianças e jovens.” Este Despacho consiste na mobilização e preparação técnica dos profissionais de saúde, para se poder valorizar, organizar e agilizar os procedimentos nas instituições, hospitais e centros de saúde de acordo com a legislação em vigor.

Desta forma, a DGS, no intuito de envolver os Centros de Saúde nesta missão criou grupos de trabalho que estão presentes no dia a dia das populações e que prestam assistência, detectando assim os riscos de carácter psicossocial. São estes grupos em articulação com outras instituições e hospitais que vão dar respostas às situações de risco.

Assim, e tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, a criança e o jovem em risco representa uma área de intervenção cada vez mais relevante para os profissionais de saúde.

A formação dos profissionais de saúde, ao nível do aumento dos conhecimentos é fundamental. A responsabilidade formativa dos profissionais de saúde vai evidenciar na qualidade de cuidados prestados.

O Objectivo Geral é:

- ✓ Incentivar o envolvimento da equipa multidisciplinar na detecção do risco infantil.

Os Objectivos Específicos são:

- ✓ Participar na formação e informação dos profissionais de saúde;
- ✓ Promover a articulação entre os profissionais de saúde e o NACJR;
- ✓ Elaborar documento: Folha de Referenciação da criança em risco.

É de salientar que para o desenvolvimento desta sessão foi necessário o contacto com a população, através da unidade móvel, saúde escolar, consultas de pediatria e reuniões com o NACJR, com a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde e Extensões, equipa

da Santa Casa e da CPCJ. Foi fundamental a partilha de experiências com toda a Equipa.

Foi utilizada uma metodologia, pois esta requer envolvimento, motivação e participação de todos os intervenientes, levando assim a um trabalho conjunto, planificado e organizado. Em primeiro lugar é feita a caracterização do problema, seguida de um breve enquadramento teórico e planificação de actividades propostas para a sessão.

2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O risco infantil constitui um desafio cada vez maior para os profissionais de saúde. As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens.

Segundo a Inspecção-Geral da Saúde (2005), a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco infantil, sobre tudo a nível local através dos centros de saúde.

Em Portugal não se encontra suficientemente interiorizada a necessidade de uma atitude pró-activa, no sentido de assegurar o direito à saúde das crianças e jovens mais desfavorecidos, desde o seu nascimento, sem que a mesma fique dependente da iniciativa dos pais ou dos seus representantes legais.

Em 2005, foi efectuado um relatório pela IGS sobre o atendimento e encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco, com o objectivo de analisar os procedimentos adoptados pelas instituições e serviços do Sistema Nacional de Saúde, bem como a avaliação da realidade existente a nível nacional no triénio de 2002 a 2004 que revela que: “ Apesar de terem sido recolhidas evidências do interesse e empenho manifestado pelos profissionais de saúde e do serviço social, no que se refere à problemática das crianças em risco, há sinais que não podem deixar de nos preocupar, designadamente, o facto de ter ficado indicado que nos últimos três anos, houve uma diminuição dos projectos de intervenção comunitária, bem como a ausência de articulação eficiente entre as varias instituições”.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, dá conta deste facto, ao sublinhar a insuficiência das respostas da saúde face ao fenómeno dos maus tratos a crianças e

jovens, dado que nesta matéria a saúde é uma das entidades de primeira linha, no esforço de protecção de crianças e jovens. Cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhe estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

É um facto que as instituições de saúde portuguesas e seus profissionais estão empenhados em projectos que tenham por base a criança e jovem em risco. Através do empenho de todos deve-se proceder a uma rigorosa avaliação das disfunções familiares que motivam os maus tratos à criança e desenvolver as acções necessárias de modo a fazer cessar a situação de risco para a criança, actuando junto das famílias por forma a ajudá-las a assumir as responsabilidades parentais.

Actualmente em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade.

Assim segundo DGS (2007), a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:

- **Primeiro nível:**

É atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude – ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo.

- **Segundo nível:**

Quando não seja possível às entidades actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde participa também.

- **Terceiro nível:**

É a intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Para que o sucesso deste projecto seja uma realidade é necessário uma equipa multidisciplinar, dinâmica e organizada. A intervenção em saúde nesta problemática aparece como uma oportunidade única, nomeadamente ao primeiro nível de prevenção.

Os Serviços de Saúde, têm portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ, que não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

A fim de que, no âmbito das suas competências, a acção dos Serviços de Saúde se torne mais efectiva nesta matéria há, portanto, necessidade, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, de detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços.

De acordo com estas orientações o Centro de Saúde do Lumiar no segundo semestre de 2007, formou o NACJR, que é constituído por:

- Uma pediatra – Dr.^a Dulce Briosa
- Uma psicóloga – Dr.^a Alda Morgado
- Uma Assistente social – Dr.^a Susana Andrade
- A Enfermeira Chefe – Enfermeira Aida Ferreira
- Uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria – Enfermeira Lurdes Florindo

Em Junho de 2008, foi elaborado o regulamento do NACJR.

A intervenção do NACJR do Centro de Saúde do Lumiar é dirigida no sentido de preservar os laços familiares, apostando nas competências parentais, sendo preponderante a aceitação da ajuda e colaboração da família num projecto de intervenção familiar (PIAF) que compreenda as necessidades da criança, a valorização do papel parental e na ajuda ao desenvolvimento das competências inerentes ao desempenho do mesmo. Esta intervenção tem como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família uma vez que o NACJR desenvolve procedimentos visando sistematizar e harmonizar as intervenções na família de acordo com os conhecimentos científicos mais recentes.

Importa ainda referir que no Centro de Saúde do Lumiar existem cerca de 16904 crianças inscritas dos 0 aos 18 anos (dados retirados do Sistema Informático SINUS em Março de 2009), não sendo possível saber quantas crianças estão em situação de Risco Infantil. No entanto é de referir que a “experiencia” dos profissionais de saúde que aqui

trabalham, revela que existe um grande número de crianças e jovens em risco. Existe uma articulação entre as extensões e o Centro de Saúde na detecção e acompanhamento das crianças e jovens em Risco, o que não se verifica, são registos uniformizados e informatizados. A articulação com o hospital é ineficaz e ineficiente.

Dados do Centro de Saúde do Lumiar de 2008, 876 crianças de risco referenciadas por diferentes instituições tais como:

- HSM – 85
- NACJR - 180
- CPCJ – 320
- Outras Instituições – 288

Em 2009, em contexto de trabalho a realizar o Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a autora decidiu continuar a trabalhar esta temática, tendo como finalidade, a formação e informação dos profissionais de saúde sobre o tema “ Criança em Risco”, incentivando o envolvimento da equipa multidisciplinar na detecção do risco infantil.

2.2 ENQUADRAMENTO LEGAL

Foram necessárias alterações profundas culturais, sociais e de sensibilidade, para que a versão da criança fosse alterada e conduzir-se ao reconhecimento da sua individualidade e dos seus direitos. Até ai questões como a formação da personalidade, necessidades especiais, aspirações, motivações ou interesses eram completamente ignorados. A abordagem dos direitos da criança, neste contexto, não tinha grande significado.

Segundo CANHA (2003), ROUSSEAU foi um dos primeiros defensores dos direitos da criança e a reconhece-la como um ser autónomo, quando escreveu “é altura de se falar menos nos deveres das crianças e mais nos seus direitos”, assim estes conceitos valorizaram a importância da defesa e protecção à infância.

Na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989, é aprovada a Convenção dos Direitos da Criança, onde se defende que a criança devido á sua vulnerabilidade, necessita de cuidados especiais, de atenção, de protecção e de ter uma família com responsabilidades, segundo LIMA (2006), a Convenção “encara a criança como ser

titular, de facto, de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de protecção.”

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa, no art. 69º., e a Convenção dos Direitos da Criança, ratificada em Junho de 1990, atribuem à sociedade e ao Estado deveres na promoção e protecção das crianças e jovens.

Posteriormente, através da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99), que tem como finalidade promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo tendo como objectivo garantir o seu bem-estar e desenvolvimento adequado. Assim foram aclarados os princípios orientadores da intervenção nesse domínio, na qual são comprometidos diversos sectores do Estado. Esta Lei ainda refere que qualquer pessoa, que tenha conhecimento de situações que coloquem a vida da criança em risco, é obrigada a comunicar as entidades com competências nesta área como seja a CPCJ ou às Entidades Judiciárias.

Especificamente na saúde, a Lei de Bases (em especial na alínea a) do n.º. 1 da Base II, aprovada em Agosto de 1990, veio atribuir maior evidência às crianças e adolescentes, ao considera-los como dois dos “grupos sujeitos a maior riscos” e preconizando a tomada de “medidas especiais” para ambos. No âmbito das políticas de saúde, cada vez mais foram acentuando as iniciativas de carácter legal e normativo.

Novas responsabilidades e desafios foram colocados aos serviços de saúde, no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde às crianças e aos jovens. A partir de 1985 começaram a surgir nos hospitais, de modo informal “ Núcleos de Apoio à Criança e Família vítimas de maus tratos”.

Posteriormente, em Agosto de 1992, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º. 30/92, foi criado o Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), sendo nele preconizado o estabelecimento, em cada hospital Central, de um “ Núcleo do PAFAC” integrando profissionais da instituição de saúde. Esta medida também foi aplicada aos Centros de Saúde e a outros hospitais. Devido a vários factores, nomeadamente a coordenação fora do sector da saúde, à precariedade de recursos e à escassa valorização dos núcleos, a efectividade de tais procedimentos ficou muito aquém do estipulado. Este facto foi reconhecido num processo de auto-avaliação elaborado pelo PAFAC em 2001.

Em Janeiro de 2006, após uma inspecção sobre “ Atendimento e Encaminhamento, nos estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em

Risco”, realizada pela Inspeção-Geral da Saúde, veio a constatar a escassez de informação epidemiológica, de preparação técnica dos profissionais, de acção nos serviços e de falta de articulação entre os serviços.

Um Despacho do Senhor Ministro da Saúde, em Janeiro de 2006, atribuiu à DGS a condução de um conjunto de medidas para dar resposta ao problema das crianças e jovens em risco por parte do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a DGS (2007) “foi, então, constituído na DGS um grupo de trabalho que tem vindo a desenvolver iniciativas nesse sentido”.

O Centro de Saúde do Lumiar em parceria com o Hospital de Santa Maria é uma instituição que integra a fase experimental do projecto.

2.3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde os tempos remotos que a criança foi utilizada em trabalhos forçados sendo considerada como um adulto em miniatura. Actualmente os Direitos da Criança estão definidos juridicamente, mas na realidade cada vez mais somos confrontados com crianças em risco.

Assim criança ou jovem é toda a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos.

2.3.1 Os maus tratos em crianças e jovens

A maneira como tem sido abordado este tema, tem sido diferente ao longo dos tempos.

LIMA (2006), refere que até aos anos 50, a sociedade recusava-se a aceitar que existiam crianças e jovens vítimas de maus tratos. A partir do século XX, este tema começou a ser noticiado e conhecido, iniciando-se um maior conhecimento sobre este tema, os factores de risco, a sua fisiologia, manifestações, prognóstico e medidas de orientação.

A Legislação Portuguesa define maus tratos como sendo actos ou omissões que afectam gravemente os Direitos da Criança, afectando o seu desenvolvimento.

Em Portugal, a violência sobre crianças e jovens tem vindo a aumentar nos últimos anos e é devido a problemas sociais que estão a assumir uma certa gravidade, segundo LIMA (2006), actualmente tem-se verificado um aumento da preocupação em alertar a sociedade para a esta temática. Supõe-se que uma das razões porque a violência é exercida sobre crianças é porque são seres frágeis, indefesos, dependentes tornando-se assim mais vulneráveis a todo o tipo de violência, é referido por CANHA (2003).

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, as autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis a médio e longo prazo, ou mesmo, provocar a morte, segundo a DGS (2007).

Os maus tratos dizem respeito a “qualquer forma de tratamento físico e emocional, não accidental e inadequado resultante de disfunções e carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e poder”, que é referido por MAGALHÃES (2004).

Assim sendo, maus tratos podem ser uma ofensa à integridade física, à liberdade pessoal e á auto-determinação sexual.

No artigo 152.º do Código Penal maus tratos é uma infracção das regras de segurança por quem tem ao seu cuidado uma criança ou jovem e a sujeite a maus tratos físicos ou psicológicos, a trate cruelmente, a empregue em actividades proibidas e a trabalhos excessivos.

2.3.2 Aspectos que colocam as crianças e jovens em risco

Aspectos sociais e culturais: algumas representações sociais sobre o papel da criança/jovem na família e na sociedade ajudam a potenciar o risco nomeadamente:

- Tolerância social para a educação através da punição física;

- Persistência dos papéis tradicionais do género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade de cuidar.
- Aspectos da dinâmica familiar e institucional – No contexto familiar e institucional, considera-se estar em presença de factores de risco quando:
 - Há vinculação insegura;
 - Existência de membros da família com vulnerabilidades particulares;
 - Crianças e jovens desprovidas de meio familiar.

Aspectos ligados aos pais ou a quem cuida – existe um conjunto numeroso de factores de ordem pessoal, que podem estar associados a ocorrência de maus tratos, nomeadamente:

- Abuso de substâncias, álcool e drogas;
- Antecedentes de comportamentos desviados;
- Parentalidade em idade muito jovem.

Aspectos ligados à criança/jovem – alguns aspectos específicos das crianças e jovens, podem criar factores de risco:

- Prematuridade e baixo peso ao nascer,
- Crianças com handicap e portadoras de necessidades de saúde especiais;
- Vulnerabilidade particulares no que respeita a idade e necessidades

2.3.3 Risco e perigo

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de perigo definidas na LEI, podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo DGS (2007). Desta forma, a acção dos Serviços de Saúde, para além da detecção de contextos e factores de risco, do reforço de factores protectores e da intervenção atempada, desenvolve-se, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.

2.3.4 Situações de perigo

Em Portugal, segundo a nossa Legislação (Diário da Republica, 1999), uma criança está em Perigo quando:

- Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou entrega-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

2.3.5 Factores de risco e de protecção

Os factores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens DGS (2007).

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que, a avaliação das situações deverá tender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Entende-se por factores de protecção as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacte.

2.3.6 Situações de urgência

Entende-se por situação de urgência a situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança ou do jovem, art. 5º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro.

Neste caso, qualquer entidade do primeiro ou segundo nível, pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança ou do jovem devendo solicitar a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

2.3.7 Indicadores e caracterização dos maus tratos

A Legislação Portuguesa define maus tratos como sendo actos ou omissões que ofendem os direitos da criança ou jovem alterando o seu desenvolvimento normal. Os maus tratos infantis são um grave problema de saúde física e bem-estar psicológico FIGUEIREDO (1998).

A DGS (2007), refere que na grande maioria, os sinais e sintomas que representam os designados “sinais de alarme” de maus tratos não são patognomónicos de um determinado tipo de maus tratos. Assim, devem ser encarados só como indicadores da possibilidade de existência de uma situação de risco.

Embora exista uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, aliada à diversidade de formas clínicas que é possível constatar, o fenómeno pode ser classificado em diferentes tipos:

- Negligência
- Mau trato físico
- Abuso sexual
- Mau trato psicológico (Abuso emocional)
- Síndrome de Munchausen por Procuração

NEGLIGÊNCIA

Entende-se por negligência, segundo AMARO (1986), a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, etc.

A nível dos Centros de Saúde, existem formas de negligência que podem ser detectadas através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; por exemplo, não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação, não comparecer às consultas programadas, ou fazê-lo com atraso recorrente, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.

MAU TRATO FÍSICO

Para LIMA (2006) o mau trato físico parece ser o mais facilmente identificável, pois é o mais fácil de visualizar e a curto ou a longo prazo, pode resultar em prejuízo para a integridade física da criança ou jovem.

Segundo a DGS (2007), o mau trato físico resulta de 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.

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detectada

através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos Centro de Saúde, o mau trato físico é frequentemente detectado nas urgências hospitalares.

ABUSO SEXUAL

Segundo a DGS (2007), o abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha 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.

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intra-familiar; o fenómeno adquire contornos particulares sempre que é perpetrado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação. Nestes casos, há frequentemente:

- Imposição do segredo e do silêncio;
- Sentimento inculcado à criança de que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apreço”;
- Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso

Assim, no decurso da investigação clínica, há que ter em conta um conjunto de procedimentos que visam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional e a criança/jovens, com vista à clarificação da situação, da forma menos traumatizante possível.

MAU TRATO PSICOLÓGICO (ABUSO EMOCIONAL)

Para DINIS (1993), mau trato psicológico existe sempre que uma criança vive em sofrimento mental.

No início era apenas reconhecido os maus tratos físicos, mais tarde iniciaram-se estudos sobre os maus tratos psicológicos, para FIGUEIREDO (1998) tornando-se assim um foco de atenção.

O 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.

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais. É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem similares aos presentes noutras situações, este tipo de mau trato nem sempre é identificado na avaliação dos casos DGS (2007).

ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DE MAU TRATO PSICOLÓGICO

- Abandono temporário
- Insultos verbais
- Abandono afectivo
- Ausência de afecto
- Ridicularização e desvalorização
- Hostilização e ameaças
- Indiferença
- Discriminação
- Rejeição
- Culpabilização
- Humilhação
- Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica

- Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Segundo a DGS (2007), o Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), 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.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. Algumas formas de manifestação deste síndrome são, por exemplo, ministrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente a criança, e depois procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

2.3.8 Responsabilidade dos serviços de saúde

Uma criança em risco afecta a sua vida em todos os níveis, é necessário adoptar uma abordagem multidisciplinar, englobando a sociedade onde esta inserida. A intervenção requer segundo LIMA (2006) um plano de acção direccionado para a criança englobando a família e a população, tendo como objectivos prestar cuidados á criança, colaborando com a família de modo a assegurar as necessidades físicas, emocionais e sociais. As estratégias de intervenção devem satisfazer as necessidades da criança integrando todos os recursos disponíveis e em articulação.

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm responsabilidade particular na detecção precoce de

contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no comportamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

Dado que, nesta matéria, a Saúde é uma das entidades de primeira linha no esforço de protecção de crianças e jovens, cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhes estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local DGS (2007).

2.3.9 Filosofia de actuação dos centros de saúde

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada. DGS (2007)

Só uma correcta avaliação global e sistemática das situações permite a detecção efectiva do risco ou perigo de maus tratos, o acompanhamento e resolução das mesmas ou, quando indicado, a sinalização necessária. Nessa tarefa adquire relevo particular o uso dos instrumentos de caracterização e avaliação da funcionalidade familiar usualmente empregues, assim como os que permite apreciar o desenvolvimento da criança e do jovem nas diferentes idades.

A detecção de indicadores de risco e a percepção de muitas das situações que envolvem perigo para a criança ou jovem, o respectivo acompanhamento e o encaminhamento, nem sempre constituem uma tarefa simples para os profissionais de saúde. Contudo, dadas as características do objecto de trabalho (saúde e bem-estar dos indivíduos e das populações), dos processos empregues na acção e dos perfis técnicos de quem opera no sector, esta é uma matéria que não pode deixar de ser considerada como um problema face ao qual urge intensificar a capacidade de resposta por parte dos serviços DGS (2007).

Além disso, as relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias propiciam o trabalho articulado, em rede, o qual se reconhece ser o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta referenciação para o núcleo.

Assim, seja no âmbito geral da Saúde Pública e da Medicina Familiar, no das actividades específicas em Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar e no das Especialidades e Urgência Hospitalares com incidência na faixa etária das crianças e jovens, existe um vasto leque de oportunidades para que a questão dos maus tratos nestas idades – que deve ser enquadrada, em larga medida, no fenómeno da violência doméstica – constitua um foco de particular responsabilidade no domínio das boas práticas.

A acção dos Serviços de Saúde, nomeadamente dos Centros de Saúde, enquadra-se no primeiro nível de intervenção, através dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

ENVOLVIMENTO DOS NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos Centros de Saúde, (NACJR) e nos Hospitais (Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco), adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de Primeiro Nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção. DGS (2007).

Sempre que, por si sós, não tenham condições de o fazer, há que convocar outros profissionais/estruturas para que tal se concretize de forma adequada. É neste patamar de intervenção que a acção dos NACJR e dos NHACJR toma lugar, no que respeita à condução de casos. Cabe então aos Núcleos:

- Prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no Centro de Saúde ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade;
- Apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente da elaboração, para cada caso, de um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), desenvolvido a partir das necessidades identificadas;

- Avaliar, acompanhar e /ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário

Os profissionais/equipas que tomam contacto com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NACJR um papel de consultadoria e, nas situações cuja complexidade ultrapasse a capacidade de resposta dos primeiros, coadjuvar ou assumir a condução do processo.

Assim:

- Confirmada a existência de perigo, para que possa haver intervenção a nível do Centro de Saúde, solicita-se o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF.
- Uma vez aceite o PIAF, cabe ao profissional/equipa de saúde ou ao NACRJ, consoante as situações, monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação.

2.3.9 Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens e dos tribunais

Caso não exista CPCJ instalada, a comunicação é feita ao Ministério Público do Tribunal da Comarca DGS (2007).

A sinalização de qualquer situação de perigo feita por uma entidade de primeiro nível à CPCJ da área de residência da criança ou do jovem em apreço, deve referir que já esgotou todos os meios ao seu alcance para remover o perigo sem, contudo, a sua intervenção ter sido suficiente e adequada. Da referida sinalização devem constar todos os factos relevantes que permitam reconhecer a existência de matéria de perigo que justifique a intervenção do segundo nível. Quanto mais completa for, melhor permitirá à intervenção em tempo útil. Pode ser efectuada por via telefónica, escrita ou de forma presencia.

A CPCJ, caracteriza-se como sendo uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional para promover os direitos das crianças e jovens, prevenir e resolver

situações de risco, na sua intervenção profissional tem como auxílio medidas previstas na Lei nº 147/99 que têm como finalidade proporcionar condições que permitam proteger e promover a segurança, a saúde, a formação, a educação, o bem estar e o desenvolvimento adequado da criança e jovem, assim como, promover a sua recuperação física e psicológica de qualquer forma de exploração ou abuso.

OUTROS APOIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Através do Centro Nacional de Atendimento Telefónico/Saúde 24 e Policia Judiciária o público, em geral, e qualquer profissional ou entidade com competência em matéria de infância e juventude pode solicitar informação e orientação a propósito de uma situação suspeita ou confirmada de maus tratos em crianças e jovens.

2.4 A RELAÇÃO DE AJUDA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM

O risco infantil constitui um desafio cada vez maior para todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros que podem e devem desempenhar um papel importante na detecção das situações de risco que envolvem crianças e jovens. Actualmente as instituições de saúde e os seus profissionais estão empenhadas em projectos que abrangem esta temática. Através do empenho do enfermeiro deve-se proceder a uma rigorosa avaliação das disfunções familiares que motivam os maus tratos às crianças e posteriormente desenvolver acções necessárias de modo a fazer cessar a situação de risco para a criança, actuando junto das famílias por forma a ajudá-las a assumir as responsabilidades parentais. Para que o sucesso destas acções seja uma realidade é necessário existir uma ligação privilegiada entre o enfermeiro e a criança/ família em risco, para a qual a comunicação é essencial.

Para que a comunicação seja estabelecida com sucesso, existem algumas habilidades que o enfermeiro deva desenvolver. ABEJAR (1990), refere que a informação fornecida à criança/família deve transmitir credibilidade, confiança e segurança. A linguagem deve ser de fácil compreensão, simples, clara e precisa, de modo a facilitar a percepção

da informação. Por fim, somente devem ser abordados assuntos adequados e pertinentes ao momento.

Esta passagem de informação do enfermeiro à família durante os ensinamentos e aconselhamentos no âmbito do desenvolvimento de competências parentais é uma tarefa que, por vezes não é fácil, implicando múltiplas técnicas e princípios de comunicação, assim como atitudes de relação de ajuda que desenvolvam, na família, o sentimento de segurança, confiança e empatia.

Nesta linha de pensamento, SILVA (2007), refere que a ajuda do enfermeiro à família na “aquisição de competências associadas a um adequado exercício no papel parental se constitui enquanto dimensão pró-activa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde”.

O enfermeiro deve demonstrar-se disponível para escutar, utilizando uma postura que transmita congruência, respeito e compreensão pelas decisões que a família toma. Cuidar implica respeitar a pessoa em toda a sua globalidade sendo necessário desenvolver competências ao nível de uma relação interpessoal, onde a comunicação tem um papel indispensável.

Cuidar de uma criança/família em risco implica que o enfermeiro desenvolva conhecimentos científicos sobre a criança, família, maus tratos mas também habilidades, práticas e aconselhamento. Aconselhamento, este, que deve assentar nos princípios e técnicas da comunicação e relação de ajuda. Como refere HESBEEN (2000) “ o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se como componentes essenciais a um cuidar de qualidade.

As mudanças ocorridas a nível social e familiar têm se vindo a constituir como factores que estimulam o desenvolvimento de competências parentais. Hoje em dia os pais têm pouco tempo disponível, não existe a família alargada, os conhecimentos não passaram de geração em geração, a luta do dia-a-dia pelos pais são os novos desafios que a comunidade nos oferece, tal como refere RIBEIRO (2003) “ concretamente nas áreas de estudo das relações precoces e dos estilos parentais, bem como do impacto da Parentalidade no desenvolvimento e equilíbrio infanto-juvenil, vem contribuir para um investimento crescente neste tipo de intervenção”.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e no Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil 2002 é reconhecido a família como papel fundamental na vida de uma criança e deve ser uma área de intervenção prioritária para a enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tendo como objectivo a promoção de saúde de todas as crianças e desenvolvendo a aquisição de competências nas famílias e melhorando, assim, o nível de saúde.

Segundo a DGS (2008) todos os profissionais de saúde necessitam de estar sensibilizados, motivados para a questão dos maus tratos e dotados de competências apropriadas de modo a actuarem com segurança perante estas situações. Refere ainda que todos os profissionais de saúde no âmbito das suas competências, diariamente podem ser confrontados com situações de maus tratos “às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada”.

Assim, a detecção precoce, a sinalização, o apoio continuado, o encaminhamento em situações de risco reconhecendo os pais como primeiros prestadores de cuidados constituem elementos prioritários da intervenção do enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, ou seja, é uma das responsabilidades exigidas ao Enfermeiro Especialista pelo Decreto-Lei 437/91 que refere “ que a prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupo) em situações de crise ou risco no âmbito, da especialidade que possui”.

Segundo o Código Deontológico (artigo 81) o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no exercício da sua profissão tem o dever de: “salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso”. Assim só com uma prática diária de cuidados de enfermagem com responsabilidade, se conseguirá respeitar os direitos da criança.

3 SESSÃO “ A CRIANÇA EM RISCO”

3.1 RECURSOS E PERCURSO

CRIANÇA EM RISCO

Neste anexo pretendo dar a conhecer a operacionalização desta sessão, demonstrando as fases necessárias para a sua implementação.

De forma a obter resultados na temática da criança em risco, é necessário uma identificação das crianças em risco e do meio que as rodeia e que todos os profissionais de saúde estejam sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos reais de cooperação, de modo, a proporcionar-lhes segurança e efectividade no trabalho desenvolvido. DGS (2007).

RECURSOS

Humanos:

- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar;
- Equipa do NACJR;
- CPCJ de Lisboa Norte;
- Santa Casa da Misericórdia do Lumiar;
- Enfermeira Orientadora.

Materiais:

- Computador;

- Internet, pesquisas sobre o tema;
- Bibliotecas;
- Centro de Saúde e Extensões do Lumiar;
- Carro próprio.

Financeiros:

- Horário dos profissionais;
- Apoio logístico.

PERCURSO

Actividades:

- Reunião com o NACJR para a apresentação do tema;
- Pesquisa bibliográfica de dados estatísticos;
- Contacto com a CPCJ de Lisboa Norte (à qual pertence a área do Lumiar) – reunião com a Directora Dr.^a Maria do Carmo (durante 2 horas);
- Contacto com Santa Casa Misericórdia do Lumiar, com as 2 Assistentes Sociais responsáveis pelas equipas de risco (durante 2 horas);
- Reunião com a equipa de Saúde escolar;
- Conversas informais com crianças e famílias na consulta de saúde infantil;
- Pesquisa bibliográfica.

Após a realização destas actividades para conhecer o diagnóstico de situação, foi possível passar á fase seguinte a fase de planeamento e implementação, onde se propõe a realizar as seguintes actividades:

- 3 Reuniões: - com os responsáveis médicos e de enfermagem de cada extensão e sede, para a apresentação do projecto, dos objectivos, a pertinência do tema e a importância da referenciação das crianças e jovens em risco (cada uma 2 horas).
- 3 Reuniões com as enfermeiras responsáveis para a determinação do espaço físico, data e hora em que se irá realizar a sessão.
- Continuação da Pesquisa bibliográfica

- Com a equipa do NACJR – uma reunião semanal com a duração de 2 horas, todas os documentos realizados no âmbito deste estágio, foram elaborados e aprovados em conjunto com colaboração e participação de todos os elementos.
- Elaboração de procedimentos e normas, para a implementação dos documentos elaboradas para o processo individual de cada criança e família em risco.
- Divulgação do projecto a estudantes de enfermagem e medicina.
- Divulgação do Projecto e a pertinência do tema a toda a equipa do Centro de Saúde;
- Realização da sessão a todos os profissionais de saúde, incentivando-os a referenciar para o NACJR, crianças e jovens de risco quando identificadas através da folha de referenciação que foi elaborada para este fim.
- Sessões:
 - Alto do Lumiar dia 16-06-2009 às 14 horas
 - Sede dia 18-06-2009 às 15 horas
 - Charneca do Lumiar dia 30-06-2009 às 14 horas
- Para a realização da Base de Dados do NACJR foram necessárias muitas horas de computador (18) e reuniões com a equipa do NACJR, com as internas de pediatria, com a assistente social do Centro de Saúde, com a enfermeira a exercer funções na consulta de saúde infantil, a orientadora de estagio e com a professora.
- Reunião com a orientadora de Estágio;
- Realização de consultas de enfermagem de saúde infantil, promovendo o desenvolvimento de competências parentais;
 - Atendimento personalizado da criança/família
 - Articular com a CPCJ e outras Instituições
- Realização dos documentos cujo objectivo é uma maior funcionalidade, sistematização de dados e organização de processos:
 - Folha de Referenciação de Crianças em Risco ao NACJR
 - PIAF (Plano de Intervenção de Apoio Familiar)
 - Folha de Seguimento
 - Folha de Contactos

AVALIAÇÃO

Actividades:


- Elaboração dos conteúdos da sessão com orientações para a intervenção na criança em risco;
- Realização dos processos individuais que pertencem ao NACJR, incluindo os documentos que foram realizadas com o objectivo de uma maior funcionalidade e sistematização de dados;
- Implementação de procedimentos e normas, para os respectivos documentos e registos;
- Tratamento dos dados estatísticos através da Base de Dados;

Apresentação dos resultados ao Centro de Saúde do Lumiar, um ano após a implementação do Projecto.

3.2 CONVITES

Centro de Saúde do Lumiar


Sessão
“A Criança em Risco”



18/06/2009 Às 15 horas no Piso 3
Apresentada por:
Enf.^a Lurdes Florindo

Centro de Saúde do Lumiar
Extensão Charneca

Sessão
“A Criança em Risco”



30/06/2009 Às 14 horas no Gabinete de
Enfermagem

Apresentada por:
Enf.^a Lurdes Florindo

Centro de Saúde do Lumiar
Extensão Alto do Lumiar

Sessão
"A Criança em Risco"



16/06/2009 Às 14 horas no Gabinete 1

Apresentada por:
Enf.^a Lurdes Florindo

3.3 DIAPOSITIVOS

Diapositivo 1

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
Escola Superior Politécnica de Saúde

A collage of six images illustrating child safety risks, similar to the one in the first slide. The text "Crianças em Risco" is overlaid in large red letters across the bottom of the collage.

Crianças em Risco

Realizado por: Enf.^a Lurdes Florindo

Diapositivo 2

CRIANÇAS EM RISCO

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos.

No entanto, os esforços de investigação, levados a cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional ou local, permitem, já, documentar o facto de se tratar de um problema de saúde grave que afecta uma vasta população nas primeiras décadas de vida.

O impacto negativo dos indivíduos pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital.

Diapositivo 3

CRIANÇAS EM RISCO

Actualmente em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes agentes da comunidade.

A intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:

- Primeiro nível
- Segundo nível
- Terceiro nível

Diapositivo 4

CRIANÇAS EM RISCO

PRIMEIRO NÍVEL

No primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude, intervindo nos direitos e na protecção das crianças e jovens que se encontrem em situação de perigo.

Ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros.

Diapositivo 5

CRIANÇAS EM RISCO

❑ SEGUNDO NÍVEL

Quando não seja possível às entidades actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também.

Diapositivo 6

CRIANÇAS EM RISCO

❑ TERCEIRO NÍVEL

É a intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Diapositivo 7

CRIANÇAS EM RISCO

OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os Serviços de Saúde, têm portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ, não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

Diapositivo 8

CRIANÇAS EM RISCO

POR ISSO...

Para que a acção dos Serviços de Saúde se torne mais efectiva nesta matéria, há necessidade portanto, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, de detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma deficiente articulação funcional.

Diapositivo 9

CRIANÇAS EM RISCO

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Os **maus tratos** dizem respeito a “qualquer forma de tratamento físico e emocional, não acidental e inadequado resultante de disfunções e carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e poder”.MAGALHÃES (2004).

Os maus tratos podem causar sequelas físicas (nerológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis a médio e longo prazo, ou mesmo, provocar a morte.

Diapositivo 10

CRIANÇAS EM RISCO

RISCO E PERIGO

O conceito de **risco** de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de **perigo** definidas na LEI, podendo ser difícil a demarcação entre ambos.

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Desta forma, a acção dos Serviços de Saúde, desenvolve-se, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.

Diapositivo 11

CRIANÇAS EM RISCO

SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA

- 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 afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;

Diapositivo 12

CRIANÇAS EM RISCO

- Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Diapositivo 13

CRIANÇAS EM RISCO

FACTORES DE RISCO

Os **factores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que, a avaliação das situações deverá tender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Diapositivo 14

CRIANÇAS EM RISCO

FACTORES DE PROTECÇÃO

Entende-se por **factores de protecção** as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto.

Diapositivo 15

CRIANÇAS EM RISCO

SITUACÕES DE URGÊNCIA

Entende-se por **situação de urgência** a situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança ou do jovem.

Neste caso, qualquer entidade do primeiro ou segundo nível, pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança ou do jovem devendo solicitar a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

Diapositivo 16

CRIANÇAS EM RISCO

INDICADORES E CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS TRATOS

Na grande maioria, os **sinais e sintomas** que representam os designados “sinais de alarme” de maus tratos não são patognomónicos de um determinado tipo de maus tratos.

Assim, devem ser encarados só como indicadores da possibilidade de existência de uma situação deste tipo.

Diapositivo 17

CRIANÇAS EM RISCO

DIFERENTES TIPOS DE CARACTERIZAÇÃO DE MAUS TRATOS:

- Negligência
- Mau trato físico
- Abuso sexual
- Mau trato psicológico (Abuso emocional)
- Síndrome de Munchausen por Procuração

Diapositivo 18

CRIANÇAS EM RISCO

CENTROS DE SAÚDE

A nível dos **Centros de Saúde**, existem formas de negligência que podem ser detectadas através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; por exemplo, não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação, não comparecer à consultas programadas, ou fazê-lo com atraso recorrente, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.

Diapositivo 19

CRIANÇAS EM RISCO

NEGLIGÊNCIA

Entende-se por **negligência** a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais.

Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima.

Ou de forma “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

Diapositivo 20

CRIANÇAS EM RISCO

A negligência pode assumir diversas formas:

- Ser do domínio físico
- Psicoafectivo
- Educativo e escolar
- Abandono temporário ou permanente
- Consubstanciar mendicidade, etc.

Diapositivo 21

CRIANÇAS EM RISCO

MAU TRATO FÍSICO

O **mau trato físico** resulta de 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.

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade.

Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, o mau trato físico é frequentemente detectado nas urgências hospitalares.

Diapositivo 22

CRIANÇAS EM RISCO

ABUSO SEXUAL

O **abuso sexual** corresponde ao 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 identifica-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.

Diapositivo 23

CRIANÇAS EM RISCO

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intra familiar; o fenómeno adquire contornos particulares sempre que é praticado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação.

Nestes casos, há frequentemente:

- Imposição do segredo e do silêncio;
- Sentimento inculcado à criança de que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apreço”;
- Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso.

Diapositivo 24

CRIANÇAS EM RISCO

MAU TRATO PSICOLÓGICO (ABUSO EMOCIONAL)

O **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.

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais.

É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem semelhantes aos presentes noutras situações, este tipo de mau trato nem sempre é identificado na avaliação dos casos.

Diapositivo 25

CRIANÇAS EM RISCO

ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DE MAU TRATO PSICOLÓGICO

- Abandono temporário
- Insultos verbais
- Abandono afectivo
- Ausência de afecto
- Ridicularização e desvalorização
- Hostilização e ameaças
- Indiferença
- Discriminação
- Culpabilização
- Humilhação
- Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica
- Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados

CRIANÇAS EM RISCO**SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

O Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), 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.

CRIANÇAS EM RISCO

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico.

Algumas formas de manifestação deste síndrome são, por exemplo:

- Administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança;
- Semi-sufocar, repetidamente a criança, e depois procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

CRIANÇAS EM RISCO**PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO****➤ RESPONSABILIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no comportamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

Dado que, nesta matéria, a Saúde é uma das entidades de primeira linha no esforço de protecção de crianças e jovens, cada serviço deve assegurar a intervenção no limite máximo das atribuições que lhes estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

CRIANÇAS EM RISCO

O PROCESSO DE DETECÇÃO, ACOMPANHAMENTO E SINALIZAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO/PERIGO NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

➤ FILOSOFIA DE ACTUAÇÃO

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada.

Só uma correcta avaliação global e sistemática das situações permite a detecção efectiva do risco ou perigo de maus tratos, o acompanhamento e resolução das mesmas ou, quando indicado, a sinalização necessária.

Nessa tarefa, adquire relevo particular o uso dos instrumentos de caracterização e avaliação da funcionalidade familiar usualmente empregues, assim como os que permite apreciar o desenvolvimento da criança e do jovem nas diferentes idades.

CRIANÇAS EM RISCO

ENVOLVIMENTO DOS NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Assim, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos CS, (NACJR) e nos Hospitais (Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco), adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de Primeiro Nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção.

CRIANÇAS EM RISCO

AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS

A detecção de indicadores de risco e a percepção de muitas das situações que envolvem perigo para a criança ou jovem, o respectivo acompanhamento e o encaminhamento, nem sempre constituem uma tarefa simples para os profissionais de saúde.

Contudo, dadas as características do objecto de trabalho (saúde e bem-estar dos indivíduos e das populações), dos processos empregues na acção e dos perfis técnicos de quem opera no sector, esta é uma matéria que não pode deixar de ser considerada como um problema face ao qual urge intensificar a capacidade de resposta por parte dos serviços.

Diapositivo 32

CRIANÇAS EM RISCO

Assim, seja no âmbito geral da Saúde Pública e da Medicina Familiar, no das actividades específicas em Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar e no das Especialidades e Urgência Hospitalares com incidência na faixa etária das crianças e jovens, existe um vasto leque de oportunidades para que a questão dos maus tratos nestas idades.

Diapositivo 33

CRIANÇAS EM RISCO

Sempre que, por si sós, não tenham condições de o fazer, há que convocar outros profissionais/estruturas para que tal se concretize de forma adequada. É neste patamar de intervenção que a acção dos NACJR e dos NHACJR toma lugar, no que respeita à condução de casos.

Cabe então aos Núcleos:

- Prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no CS ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade;
- apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente da elaboração, para cada caso, de um **Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF)**, desenvolvido a partir das necessidades identificadas;
- avaliar, acompanhar e /ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.


Diapositivo 34

CRIANÇAS EM RISCO

INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE

Os profissionais/equipas que tomam contacto com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NACJR um papel de consultadoria e, nas situações cuja complexidade ultrapasse a capacidade de resposta dos primeiros, coadjuvar ou assumir a condução do processo.

Diapositivo 35

CRIANÇAS EM RISCO						
						
<u>FICHA DE REFERENCIAÇÃO DE CRIANÇAS EM RISCO AO NÚCLEO DE APOIO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DO CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR</u>						
Responsável pela sinalização: _____						
<table border="1"><tr><td>Nome:</td></tr><tr><td>Data de Nascimento:</td></tr><tr><td>Infantário/Escola:</td></tr><tr><td>Médico de Família:</td></tr><tr><td>Responsável pela criança:</td></tr></table>		Nome:	Data de Nascimento:	Infantário/Escola:	Médico de Família:	Responsável pela criança:
Nome:						
Data de Nascimento:						
Infantário/Escola:						
Médico de Família:						
Responsável pela criança:						
<table border="1"><tr><td>Motivo da sinalização:</td></tr></table>		Motivo da sinalização:				
Motivo da sinalização:						
Data: _____						

Diapositivo 36

CRIANÇAS EM RISCO	
<p>Assim:</p> <p>Confirmada a existência de perigo, para que possa haver intervenção a nível do CS, solicita-se o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF.</p> <p>Uma vez aceite o PIAF, cabe ao profissional/equipa de saúde ou ao NACRJ, consoante as situações, monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação.</p>	

Diapositivo 37

CRIANÇAS EM RISCO	
<u>INTERVENÇÃO DAS COMISSÕES DE PROTECCÃO DE CRIANÇAS E JOVENS E DOS TRIBUNAIS</u>	
<p>Caso não exista CPCJ instalada, a comunicação é feita ao Ministério Público do Tribunal da Comarca.</p> <p>A sinalização de qualquer situação de perigo feita por uma entidade de primeiro nível à CPCJ da área de residência da criança ou do jovem em apreço, deve referir que já esgotou todos os meios ao seu alcance para remover o perigo sem, contudo, a sua intervenção ter sido suficiente e adequada.</p> <p>Da referida sinalização devem constar todos os factos relevantes que permitam reconhecer a existência de matéria de perigo que justifique a intervenção do segundo nível.</p>	

Diapositivo 38

CRIANÇAS EM RISCO

OUTROS APOIOS EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Através do **Centro Nacional de Atendimento Telefónico/Saúde 24** (808 24 24 24) e **Polícia Judiciária**, o público, em geral, e qualquer profissional ou entidade com competência em matéria de infância e juventude pode solicitar informação e orientação a propósito de uma situação suspeita ou confirmada de maus tratos em crianças e jovens.

Diapositivo 39

CRIANÇAS EM RISCO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção Geral de Saúde (2007). Maus tratos em crianças e jovens. Lisboa: Intervenção da Saúde; Documento Técnico;

3.4 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

No sentido de validar se a Equipa Multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar e das duas extensões compreenderam a informação transmitida, no final, coloco algumas questões sobre o tema desenvolvido.

Para avaliar a pertinência e os conteúdos programáticos que foram abordados nesta sessão, elaborei um questionário de avaliação que foi aplicado no final da mesma.

Estes itens foram avaliados majoritariamente em bom pelos formandos. Como sugestões foram propostas:

- Reuniões para discussão de situações com a respectiva equipa da extensão;
- Uma maior articulação entre as extensões e a sede.



Centro de Saúde do Lumiar

Questionário de Avaliação da Sessão "A Criança em Risco"

Este questionário tem como objectivo avaliar a sessão, sobre esta temática que é abordada actualmente e que tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos profissionais de saúde. Assim, como classifica:

→ A pertinência do tema abordado

- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

→ Os conteúdos programáticos

- Insuficiente
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

Sugestões

Obrigado pela Colaboração

Junho 2009

3.5 DOCUMENTOS E NORMAS DE PROCEDIMENTO



ASSUNTO: Folha de referenciação de crianças em risco ao Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco de Centro de Saúde do Lumiar.

DESTINATÁRIOS: Equipa do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar.

OBJECTIVO: Proporcionar informação das crianças e jovens em condições de risco.

CONCEITO: Segundo o documento orientador da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no Programa - Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2002), o Enfermeiro deve apoiar as crianças em situação de risco ou especialmente vulneráveis, reconhecendo que os pais são os principais prestadores de cuidados.

A pertinência deste documento é permitir e dinamizar a articulação interna no Centro de Saúde, possibilitando ao NACJR identificar o número de crianças em risco e permitindo, assim, actuar perante a criança em risco e família, no sentido de preservar os laços existentes apostando nas competências parentais. Permite também elaborar em conjunto com a família um Plano de Intervenção e Apoio à família - PIAF, que assim, sistematize e harmonize as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

|



**FOLHA DE REFERENCIAÇÃO DE CRIANÇAS EM RISCO AO
NÚCLEO DE APOIO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DO
CENTRO DE SAÚDE DO LÚMIAR**

Responsável pela sinalização:

|

Nome:
Data de Nascimento:
Infantário/Escola:
Médico de Família:

Motivo da sinalização:

DATA:



NORMA DE PROCEDIMENTO

ASSUNTO: Folha de Seguimento

DESTINATÁRIOS: Equipa do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar.

OBJECTIVO: Sistematizar as actividades realizadas pela equipa do NACJR.

CONCEITO: A pertinência deste documento é descrever todas as actividades realizadas pelo NACJR, para apoiar e acompanhar as famílias de acordo com o PIAF, elaborado em conjunto com a família e criança, a partir das necessidades identificadas, assim como dos Direitos da Criança.

Os Centros de Saúde, face à missão que lhes compete, são conhecedores dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes diariamente das comunidades a que prestam assistência. Assim, o NACJR consegue dar uma resposta eficaz e adequada a estas famílias para que a situação de crianças e jovens em risco seja minimizada.

Os profissionais necessitam de estar sensibilizados para a questão, motivados, dotados de competências apropriadas e disporem de mecanismos de cooperação para terem maior confiança, segurança e efectividade no trabalho realizado. DGS (2007).



FOLHA DE SEGUIMENTO

DATA	INTERVENÇÃO	ASSINATURA



NORMA DE PROCEDIMENTO

ASSUNTO: Plano de Intervenção de Apoio à Família (PIAF)

DESTINATÁRIOS: Equipa do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco e famílias do Centro de Saúde do Lumiar.

OBJECTIVO: Elaborar um plano de intervenção personalizado de apoio para cada família.

CONCEITO: A pertinência deste documento é apoiar e acompanhar as famílias através de um plano de intervenção elaborado pelo NACJR, em conjunto com a família e criança, a partir das necessidades identificadas, assim como dos Direitos da Criança.

O Modelo de Parceria de Cuidados, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem no processo de cuidados prestados à criança ou jovem, CASEY (1995) o que está de acordo com o PIAF.

A intervenção do NACJR do Centro de Saúde do Lumiar é dirigida na aposta das competências parentais e na ajuda ao desenvolvimento e desempenho das mesmas, em detrimento das suas limitações, levando assim à redução ou eliminação de situações negativas que coloquem a criança ou jovem em risco, mantendo os laços familiares existentes.

Quando não é possível actuar de uma forma adequada e suficiente para remover o perigo, é necessário sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção superior, como: referenciar para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde também participa.



PIAF





NORMA DE PROCEDIMENTO

ASSUNTO: Outros Contactos

DESTINATÁRIOS: Equipa do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar.

OBJECTIVO: Identificar contactos realizados pela equipa do NACJR.

CONCEITO: A pertinência deste documento é identificar todos os contactos realizados pelo NACJR, necessários para apoiar e acompanhar as famílias de acordo com o PIAF.



OUTROS CONTACTOS

Nome	Entidade	Contacto

4 REFLEXÃO FINAL

Actualmente, deparamo-nos com múltiplos factores que colocam a criança e jovem em risco, levando mesmo a situações de maus tratos.

Como sociedade somos constantemente informados de situações extremas de crianças e jovens em risco, divulgados pela comunicação social ou encontradas em qualquer página de um jornal ou revista quando folheamos.

Assim sendo, esta temática constitui-se num fenómeno de grande complexidade e é necessária uma avaliação rigorosa de cada situação que deve atender ao contexto global – aspectos culturais, sociais, económicos e legais – em que a criança e família estão inseridas. Por parte dos profissionais de saúde deve existir uma ponderação criteriosa e o bom senso para conduzir todo o processo que implica uma criança em risco. DGS (2007).

Para finalizar importa referir que este trabalho “Criança em Risco” exigiu tempo, disponibilidade, concentração, procura, identificação de documentos de referência e reuniões com os diferentes profissionais, mas a formação é sempre um processo de mudança, muito gratificante e enriquecedor. Todo este processo foi de extrema importância e com bastantes ganhos. O rigor, a parceria, a revisão da literatura, a negociação e a partilha multiprofissional estiveram sempre presentes. A reflexão sobre esta temática foi constante.

A formação, a sensibilização, a detecção de sinais e factores de risco, a sinalização, o encaminhamento, o NACJR e a sua actuação perante a família onde as competências parentais são um factor primordial. Tudo o que foi referido anteriormente foi encarado como um enorme desafio: a melhoria da assistência à criança e família em risco que só poderá trazer num futuro próximos ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista de saúde infantil está habilitado para prestar cuidados de maior complexidade na sua área, em parceria com a criança e jovem/família em situação de crise ou risco, pois incrementará a qualidade dos cuidados de enfermagem e ao

mesmo tempo o desenvolvimento de uma enfermagem com ganhos para a saúde, através do exercício de boas práticas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARO, F - Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade. **Cadernos do Centro de Estudos Judiciários**. Lisboa. (1986).
- CANHAS, – **A criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos.** (1ª e 2ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto, 2003.
- CANSADO, T. – **Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: o caso das Instituições Particulares de solidariedade Social** [em linha]. [consultado em 20 de Março de 2009]. Disponível em: **URL: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Teresa%20Cansado.pdf>**
- CARVALHO, M. – **A enfermagem e o Humanismo**. Lusodidacta, 1996.
- COLLIÈRE, M.F. – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- DECRETO-LEI N° 161/96. **Diário da República. I Série – A.** 205 (1996-09-04) 2959-2962
- DECRETO-LEI N° 437/91. **Diário da República. I Série.** 257 (1991-11-08) 5723-5741
- DINIS, S. - A Criança Maltratada. Um ponto de vista. **Nascer e Crescer**. Vol. II, nº3 (1993)
- LEI N° 147/99. **Diário da República. I Série A.** 204 (1999-09-01) 6115-6132.
- LIMA, L. – **Os Maus Tratos Infantis**. [em linha]. [consultado em 24 de Junho de 2009]. Disponível em: **URL: http://www.multiculturas.com/textos/maus-tratos_infantis_Licinia-Lima.pdf**.

- ☞ MAGALHÃES, T.– **Maus tratos em crianças e jovens**. 3ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, , 2004.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros: a protecção das crianças**. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>**.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Individualização das especialidades em Enfermagem**. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf**.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados**. [Em linha]. [Consultado a 24 de Maio de 2009] Disponível em: **URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>**
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco**. Lisboa, Inspeção-geral de Saúde, 2005
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Maus tratos em crianças e jovens**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas**. Vol. II. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004 .

- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002.
- ☞ SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55, 11-20
- ☞ WONG, D.– **Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXO III

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
Escola Superior Politécnica de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Projecto
Visita Domiciliária a Crianças em Risco



Elaborado por:

Maria de Lurdes dos Santos Mendes Florindo

Sob a orientação de:

Professora Elisabete Nunes

Enfermeira Sílvia Filipe

Lisboa, 2009

“ Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele, o oceano seria menor.”

Madre Teresa de Calcutá

Siglas

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPSC – Departamento de Protecção Social de Cidadania

DSP – Departamento de Saúde Pública

NACJR – Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

SINUS – Sistema Informático

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

VD – Visita Domiciliária

SUMÁRIO

0	<u>INTRODUÇÃO</u>	167
1	<u>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	171
2	<u>DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO</u>	175
3	PLANEAMENTO DA VISITA DOMICILIÁRIA À CRIANÇA EM RISCO ..	179
3.1	ACTIVIDADES	180
4	<u>POPULAÇÃO DESTINATÁRIA</u>	183
5	<u>PARCEIROS</u>	185
6	<u>RECURSOS</u>	187
7	<u>FASES DE INTERVENÇÃO</u>	189
7.1	FASE DE DIAGNÓSTICO.....	189
7.2	FASE DE IMPLEMENTAÇÃO	189
7.3	FASE INTERCALAR.....	190
7.4	AVALIAÇÃO	191
8	<u>DOCUMENTOS E NORMAS DE PROCEDIMENTOS</u>	193
9	<u>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</u>	199
10	<u>REFLEXÃO FINAL</u>	201
11	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	203

0 INTRODUÇÃO

Projecto: Visita Domiciliaria a Crianças em Risco, realizada por Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Móvel de Saúde.

Este projecto surge de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais, de interacção com os pares e com as entidades responsáveis, no qual a autora se apresenta como aluna em contexto de trabalho no âmbito da Unidade Curricular “estágio” do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

É consensual entre a comunidade que ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde. Segundo a DGS (2007), “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança,” em relação à sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, por isso a detecção precoce de crianças em risco é sem dúvida a melhor forma de prevenir o perigo potencial, que leva a situações de maus tratos.

BISCAIA (2006) refere que a criança é um ser vulnerável que requer atenção e cuidado, porque é mais pequena (dependendo dos cuidadores), pela doença, pela menor capacidade mental, pela solidão e pela família e comunidade onde está inserida. Por isso, a família é um espaço privilegiado de socialização, promoção e protecção da criança. A Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição da República Portuguesa, referem-na como sendo um espaço de desenvolvimento e adaptação das crianças à sociedade. É dentro da família que a criança desenvolve o seu processo de aprendizagem, a aquisição de experiências o que vai contribuir para a formação da sua identidade. DPSC (2008).

Assim sendo, segundo a DGS (2007), os maus tratos são um fenómeno complexo que ocorrem insidiosamente dentro da família que resulta em repercussões negativas no seu desenvolvimento, ou seja, o fenómeno da criança maltratada é um problema de saúde

pública. As instituições de saúde, face à missão que lhes compete, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência.

Para PIRES (2001) o mau trato infantil deve abranger:

- Subtipos de maus tratos (abuso físico, sexual, negligência física, maus tratos emocionais e maus tratos morais/legais/educacionais);
- A servida de dos maus tratos;
- Frequência e cronicidade com que ocorreram;
- A fase de desenvolvimento da criança;
- A identificação dos perpetradores;
- As separações familiares que ocorrem em resultado dos maus tratos.

A DGS (2002), valoriza a Visita Domiciliária de Enfermagem quando refere que desenvolve “os meios que possibilitem a visita domiciliária essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental de vigilância e de promoção de 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.”

A Visita Domiciliária de Enfermagem, num contexto de promoção e protecção de saúde, permite um conhecimento abrangente de toda a dinâmica familiar, das condições económicas e habitacionais, dos recursos e apoios da família, assim como das diferentes relações estabelecidas entre os diferentes membros. Assim o enfermeiro pode e deve avaliar a dinâmica familiar, podendo assim identificar os problemas que possam interferir com as competências parentais, e conseqüentemente colocar a criança em risco.

Ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, cabe-lhe a responsabilidade de: zelar pelo bem-estar da criança, inserida numa família e esta por sua vez numa comunidade, através da “prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupo) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”, Decreto-lei nº437/91.

Assim, como enfermeira especialista, estando habilitada a prestar cuidados de maior complexidade na área de saúde infantil e pediatria, em parceria com a criança em risco,

incrementará a qualidade dos cuidados, mas também o desenvolvimento de enfermagem enquanto profissão através do exercício de boas práticas. Por tudo o que foi referido, a elaboração deste projecto de estágio, contribuirá como um factor de desenvolvimento de competências, que mais tarde se reverterá em ganhos em saúde.

No Departamento de Saúde Pública da ARSLVT (2009), um dos projectos de intervenção comunitária utiliza como meio de acessibilidade a Unidade Móvel de Saúde, que é utilizada como uma “resposta a necessidades de saúde identificadas nas várias comunidades, evolução para abordagem familiar ao longo do ciclo de vida, a nível dos vários Programas de Saúde”.

Um dos locais de intervenção é o Lumiar, tendo como objectivos:

- Reduzir danos e riscos em saúde pública,
- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde a grupos vulneráveis, através da informação e promoção de saúde
- Contribuir para a inclusão social destes grupos numa perspectiva multicultural, promovendo a redução das desigualdades em saúde;
- Intervir em proximidade em situações de maior risco.

Em conformidade com o que foi referido anteriormente, o **objectivo geral** deste projecto é:

- ✓ Sistematizar a Visita Domiciliária à criança/família em risco

Tendo como **objectivos específicos**:

- ✓ Promover o desenvolvimento de competências na família, no seu ambiente;
- ✓ Intervir em proximidade em situações de risco infantil;
- ✓ Elaborar a Folha de Colheita de dados para a Realização da Visita Domiciliária à Criança em Risco;
- ✓ Elaborar da Folha de Visita Domiciliária á Criança em Risco do Centro de Saúde do Lumiar.

Para o desenvolvimento deste projecto é determinante o contacto com os outros Centros de Saúde, que utilizam como meio de acessibilidade à comunidade a Unidade Móvel de Saúde, a partilha de experiências com as Enfermeiras que desempenham funções nesta área e a pesquisa bibliográfica.

Por último, e não menos importante, é de referir que este projecto irá ser desenvolvido em parceria com todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde do Lumiar, sendo a Equipa da Intervenção Comunitária o elemento crucial de articulação e referência.

Optou-se por uma metodologia de projecto, pois requer empenho, envolvimento, motivação e participação de todos os intervenientes, deste projecto, de forma a realizar um trabalho conjunto, decisivo, planificado e organizado.

Numa primeira fase é feito o diagnóstico de situação, seguido das fases de planificação e implementação das actividades propostas para o projecto. Para terminar é apresentada uma breve reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 é referido a insuficiência das respostas da saúde perante a violência doméstica, no qual está incluído os maus-tratos a crianças e jovens. Assim as instituições e os serviços de saúde, devem desempenhar um papel de relevo na detecção das situações de risco.

“Os fenómenos da violência e dos maus-tratos no seio da família não são novos, embora, só desde há algumas décadas tenham começado a ser considerados como um problema social”³.

Segundo a DGS (2007), os maus-tratos a crianças constitui-se num fenómeno de grande complexidade. É necessária uma avaliação rigorosa de cada situação que deve atender ao contexto global, onde está inserida a criança, “ devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa”.

O que esta de acordo com a orientação referida nos padrões de qualidade divulgados pela Ordem dos Enfermeiros (2002), em relação aos cuidados de enfermagem, onde a relação terapêutica exercida no âmbito do exercício profissional de enfermagem se” caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (...) “sendo a unidade familiar o centro do processo de cuidados.”

É nesta linha de pensamento que os enfermeiros são confrontados com famílias que necessitam e querem ser ajudados na aquisição de competências parentais. Assim é necessária uma filosofia de prestação de cuidados centrados na família, segundo

³ CANSADO, T. – Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: o caso das Instituições Particulares de solidariedade Social [em linha]. [consultado em 20 de Março de 2009]. Disponível na internet <URL: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Teresa%20Cansado.pdf>>

WONG (1999): “a família é reconhecida como uma constante na vida da criança, que é apoiada, respeitada e encorajada a potencializar as suas forças e competências”.

Para SILVA (2007) “ ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró-activa e construtivista dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde”.

Assim a intervenção da enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, deve incidir, na prestação de cuidados de maior complexidade a criança em risco e sua família, salientando a componente técnica, científica, humana e relacional. Dando especial relevo aos cuidados centrados na família e na ajuda á família na aquisição competências parentais.

Segundo a CIPE (2006) competência parental é uma dinâmica de papéis com funções específicas.

O enfermeiro para ajudar a promover um desenvolvimento adequado da criança, deve interagir de acordo com os papéis daquela família, com as suas expectativas, comportamentos e valores da sociedade onde está inserida.

Apoiar as “crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos primordiais”, é o que é preconizado no Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2002).

Refere CANSADO¹ que actualmente “o apoio á família maltratante pode ser uma abordagem positiva para a superação das situações de maus-tratos infantis”.

Nestas situações, a visita domiciliária, desempenha um papel primordial, porque é o momento ideal para o desenvolvimento de competências parentais, através de momentos de educação para a saúde, corrigindo comportamentos de acordo com a realidade vivida naquela família.

O Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2002), refere que a” avaliação da dinâmica familiar e de rede de suporte sociofamiliar, deve ser uma das preocupações de toda a equipa de saúde”. Assim, durante a visita domiciliária, a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria, avalia aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar, que permite uma detecção

atempadamente de problemas, podendo assim actuar no desenvolvimento de competências parentais *in loco*, prevenindo assim situações de risco.

A Visita Domiciliária é um dos instrumentos mais indicados à prestação de cuidados e assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante um processo racional, com objectivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Esta trás resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade da criança e sua família no seu espaço, além de fortalecer os vínculos utente – terapêutica – profissional.

A Visita Domiciliária também deve ser considerada no contexto da educação para a saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte da enfermeira especialista de pediatria, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psico-afectivo-sociais e biológicos da população assistida. Avalia também as condições ambientais e físicas em que vive a criança e sua família, procurando prestar assistência, acompanhar o seu desenvolvimento, colher dados sobre as condições habitacionais e principalmente incrementar competências parentais.

Habitualmente, uma visita domiciliária é iniciada como resultado de um encaminhamento de um serviço de saúde ou social. No entanto, uma família pode requerer intervenções ou a enfermeira pode iniciar a visita domiciliária a partir da identificação de um caso.

Uma visita deveria ser planeada para a data e horário mais conveniente tanto para a enfermeira, como para a família. Informar a família sobre o horário que o serviço tem disponível para as visitas, a duração aproximada e o objectivo da visita, é útil para ajudar a família a decidir quando marcar a visita. Embora a duração da visita possa variar, dependendo das circunstâncias, é habitual durar cerca de 45 minutos. (KALLINS, 1995)

A teoria de Madeleine LEININGER de que a enfermagem transcende culturas, propõe que a prestação dos cuidados culturais seja o meio mais abrangente e importante para a promoção de saúde e do bem-estar. Nesta perspectiva, a enfermeira que realiza a visita domiciliária, visita comunidades variadas, cuidando, amiúde, de utentes de diversas origens culturais.

CÔRTEZ (2001), refere também que a "visita domiciliária é um conjunto de acções de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial." Refere ainda que existem vantagens tais como: o profissional de saúde transmite os seus conhecimentos no seio familiar, o que torna mais fácil o planeamento das acções de enfermagem de acordo com as condições e comportamentos observados no domicílio; outra vantagem é que em casa da família gera-se um ambiente menos formal, mais íntimo, mais sigiloso onde se desenvolve uma maior liberdade de abordar diferentes problemas. Podendo, assim ser possível determinar os riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, o apoio continuado, o encaminhamento e a intervenção em situações de risco, reconhecendo os pais como primeiros prestadores de cuidados com um papel fundamental na vida das crianças, constituem-se como elementos principais da intervenção da enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria.

2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Uma das preocupações dos serviços de saúde em relação aos cuidados que prestam é a qualidade dos mesmos, os quais se torna necessário garantir e programar.

Sendo um dos objectivos dos cuidados de saúde primários a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos a grupos específicos da população e o tratamento dos problemas de saúde da comunidade, dever-se-á fazer uma avaliação sistemática da prestação de cuidados efectuados pelos profissionais, de forma a reflectir posteriormente as acções a desenvolver na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Sendo assim, torna-se imperioso que na implementação de uma visita domiciliária se tenha em atenção alguns princípios, tais como, realizar um diagnóstico de situação, onde devem constar informações sobre:

- Caracterização da população e área geográfica abrangida pelo centro de saúde;
- Definição da população alvo;
- Identificação e selecção dos grupos de risco ou vulneráveis.

Neste contexto a enfermagem de saúde infantil tem vindo a evoluir quer no plano legislativo, quer na criação de condições que garantam o bem-estar da criança e família, assim, a pertinência deste projecto no Centro de Saúde do Lumiar é prioritária. Este Centro abrange a população de três freguesias: Ameixoeira, Charneca e Lumiar, a população residente calcula-se muito perto dos 100 000 habitantes.

Importa ainda referir que existem cerca de 16904 crianças do 0 aos 18 anos, o que corresponde a 21.45% dos utentes inscritos (dados retirados do Sistema Informático SINUS em Março de 2009), não sendo possível saber quantas crianças estão em situação de risco. No entanto é de referir que a “experiência” dos profissionais de saúde que aqui trabalham, revela que existe um grande número de crianças em risco.

Durante as consultas de enfermagem e médicas, na vacinação e na sala de tratamentos são detectados sinais e sintomas associados aos maus-tratos em geral e ao mesmo tempo factores de risco.

Dados do Centro de Saúde do Lumiar de 2008, de crianças referenciadas como sendo de risco:

- Nasceram no Hospital de Santa Maria 468 crianças destas 85 são crianças de risco;
- NACJR – 180 crianças;
- Outras instituições – 288;
- CPCJ – 320

No total foram identificadas 876 crianças de risco.

Para a DGS (2007), “ os factores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens”.

A família evoca uma imagem de adultos e crianças a viverem juntos, de uma forma gratificante e harmoniosa. Contudo, as famílias são tão diversas quanto os indivíduos que as compõem, e estes têm valores profundamente enraizados sobre as suas famílias e merecem respeito. Consequentemente, cada indivíduo define a família. Por outras palavras, deve-se pensar na família como um conjunto de relações que o utente identifica como família ou como uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, quer existam, efectivamente, laços biológicos ou legais.

Uma das grandes tarefas das famílias é criar os filhos, que se tornem adultos saudáveis, responsáveis e criativos. Os pais, como principais zeladores pelos seus filhos, estão encarregados de os manterem saudáveis, bem como, de cuidarem deles durante a doença e evitando factores de ponham em risco o bem-estar da criança.

Desta forma a enfermeira apoia a família na sua habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com a educação e a saúde contribuindo, assim, para que a família assuma essas mesmas responsabilidades, através da ajuda das intervenções de enfermagem realizadas, intervindo directamente tendo em conta a situação familiar.

A ajuda á família na aquisição e desenvolvimento das competências parentais, è de primordial importância para os profissionais de saúde, principalmente para a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria.

O seu papel pode ser determinante, pelos seus conhecimentos de desenvolvimento infantil e dinâmica familiar, pela sua sensibilidade na avaliação de situações problemáticas, actuando a fim de evitar ou minimizar o risco infantil.

Como enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria, estando habilitada a prestar cuidados de maior complexidade nesta área de actuação, em parceria com a criança em risco, incrementa a qualidade dos cuidados, mas também o desenvolvimento de enfermagem enquanto profissão através do exercício de boas práticas, contribuindo assim, para o desenvolvimento de competências, revertendo acima de tudo para ganhos em saúde da população do Lumiar.

3 PLANEAMENTO DA VISITA DOMICILIÁRIA À CRIANÇA EM RISCO

Independentemente do incentivo para fazer uma visita domiciliária, é essencial que a enfermeira tenha bem claro o objectivo de visita e que essa percepção ou compreensão seja partilhada com a família.

Aquando da chegada ao domicílio que irá ser visitado, a enfermeira assume o papel de apreciar o ambiente em que a família está inserida, quer seja o ambiente físico, social, económico e psicológico.

“A avaliação do ambiente físico da casa inclui o exame dos perigos para a segurança (por ex., estado da pintura, idade da casa, ...), condições para a higiene (por ex., água corrente, canalização interna), elementos para satisfazer as necessidades básicas (por ex., alimentos, aquecimento, condições para cozinhar, frigorífico), e objectos que promovam o desenvolvimento social, emocional e físico (por ex., brinquedos, livros). Pode ser aplicada uma avaliação semelhante a outros locais. O bairro também pode ser avaliado ao nível da violência, segurança contra perigos, acessibilidade de transportes, acesso a bens e serviços necessários, acesso a instalações de recreio, e presença de poluentes no ambiente. (CLARK, 1996)

Esta avaliação deve ser pertinente o suficiente para que possam depois ser elaboradas estratégias que permitam ajudar a família a ultrapassar os problemas identificados.

É no seguimento desta visita que a enfermeira deve realizar os ensinamentos que achar necessários, recorrer a recursos da comunidade que possam ser utilizados pela família. As acções e ensinamentos de enfermagem realizados devem ser adequados dependendo da situação habitacional e socioeconómica da família, sendo que deste modo os cuidados de enfermagem tornam-se específicos e individualizados para cada uma das situações vivenciadas. Além disso, a enfermeira também deve promover um estilo de vida saudável e influenciar mudanças no mesmo, como conselheira e modelo de referência.

Não existem receitas para a forma de como se deve realizar uma visita domiciliária, cada uma tem as suas estratégias, objectivos e limites de tempo. No entanto, existem algumas orientações comuns a todas as visitas.

Neste sentido, a primeira atitude da enfermeira deve ser o levantamento das necessidades, identificando desta forma quais as necessidades sentidas pelos utentes. De seguida deve então ser elaborado o planeamento, fase em que já é visível o desenvolvimento da visita, onde é levada em consideração a selecção das visitas, a colheita de dados, o plano da visita e a preparação do material que seja necessário para as intervenções de enfermagem. Pode-se também definir dentro do planeamento da visita qual o tempo disponível da enfermeira, qual o horário mais adequado para a família, quais os problemas de maior relevância e prioridade e qual o meio de transporte necessário. No plano da visita deve proceder-se à identificação da família, endereço e condições socioeconómicas.

Numa fase da já execução da visita em si, a enfermeira deve ter em atenção determinadas regras, tais como, o uso de uma linguagem clara e de acordo com o nível da família, observar o meio ambiente e as reacções do agregado familiar face aos problemas existentes e manter um contacto discreto e empático. E para terminar a visita, e não menos importante que todos os procedimentos realizados anteriormente faz-se o registo dos dados observados, de forma a ficar descrito as situações observadas e em que forma a visita ajudou a família face à realidade em que se enquadra. Só através da escrita a enfermeira consegue transmitir o seu trabalho ao resto da equipa multidisciplinar.

3.1 ACTIVIDADES

Para CÔRTEZ (2001), o sucesso da realização de uma visita domiciliária, depende de uma sequência bem elaborada das actividades a realizar. Assim depende da:

- Pesquisa de critérios para a realização de uma visita domiciliária
- Identificação das situações de risco, delineadas pelo Centro de Saúde, para que a nossa pesquisa vá de encontro aos problemas reais e característicos da população alvo.

- Colheita de informação necessária ao planeamento da visita através do processo familiar, equipa de saúde ou outros serviços de saúde ou da comunidade, de forma a ter uma contextualização da situação domiciliária e comunitária.
- Contactar a família da criança por telefone, a fim de dar a conhecer a intenção de realizar uma visita domiciliária.
- Agendar uma data e horário conveniente para a visita domiciliária, para que a família possa estar presente e seja possível uma melhor avaliação do contexto em que está inserido.
- Contactar o motorista, para que seja possível ter como nos deslocarmos até ao local da residência a visitar e um itinerário fácil.
- Identificar quais as necessidades/problemas prioritários referentes à família, alvo da visita domiciliária, podendo desta forma organizar devidamente qual a actuação da equipa de saúde.
- Delinear os objectivos da visita domiciliária, para ir ao encontro e dar resposta às necessidades/problemas encontrados.
- Realização da visita domiciliária.
- Usar linguagem clara, de acordo com nível da família.
- Permitir que as famílias falem claramente dos seus problemas e do seu viver diário.
- Observar o meio ambiente e as reacções das pessoas frente aos problemas de saúde.
- Manter um contacto amável, discreto estabelecendo uma relação de empatia com a família.
- Realizar educação para a saúde sempre promovendo as funções parentais. Marcar uma nova visita domiciliária, se achar pertinente, de modo a reavaliar a situação e intervir na melhoria dos cuidados prestados.
- Preenchimento dos instrumentos de registo de enfermagem.
- Registrar no processo de família a visita domiciliária realizada, de modo a dar conhecimento da situação observada a outros profissionais de saúde.
- Reencaminhar, caso necessário, a família para ajuda de outros profissionais da equipa multidisciplinar, de forma a colmatar alguma necessidade identificada, podendo ser respondida por profissionais qualificados para a questão.
- Avaliação. Se os objectivos foram atingidos, identificar pontos positivos e negativos e se a família progrediu na resolução dos seus problemas.

4 POPULAÇÃO DESTINATÁRIA

Todas as crianças referenciadas como sendo crianças em risco e respectivas famílias que residem no Lumiar.

5 PARCEIROS

- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar;
- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens;
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;
- Escolas ou outras Instituições;
- Hospitais e Maternidades.

6 RECURSOS

Humanos:

- Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria;
- Equipa do Projecto de Intervenção Comunitária
- Técnica de Serviço Social;
- Motorista da Unidade Móvel.
- Psicóloga

Materiais:

- Unidade Móvel: - balança pediátrica;
 - Catre pediátrico;
 - Secretária;
 - Bancos para enfermeira e pais;
 - Documentos de registo;
 - Frigorífico de vacinas.

Financeiros:

- Horário dos profissionais;
- Apoio logístico.

Temporais:

Todas as 5ª feiras, das 14-17 Horas.

7 FASES DE INTERVENÇÃO

7.1 FASE DE DIAGNÓSTICO

Actividades:

- Reunião na ARSLVT para a apresentação do projecto de Intervenção Comunitária utilizando como meio a Unidade Móvel de Saúde.

Recursos:

- Departamento de Saúde Pública
 - Enfermeira Teresa Antunes
 - Doutor Rui Portugal
 - Doutora Manuela Lucas
- Equipas de intervenção comunitária dos Centros de Saúde

7.2 FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Actividades:

- Formalização do projecto;
- Pesquisa bibliográfica;
- Reunião com a equipa de Intervenção comunitária do Lumiar e com o DSP de ARSLUT;
- Reunião com a orientadora de Estágio;
- Elaboração da folha de Colheita de Dados para a Realização da Visita Domiciliária á Criança em Risco;
- Elaboração da folha de Visita Domiciliária á Criança em Risco.

- Elaboração da norma de procedimento

Recursos:

- Equipa de Intervenção Comunitária
- Enfermeira Teresa Antunes
- Enfermeira Orientadora

7.3 FASE INTERCALAR

Actividades:

- Divulgação dos documentos elaborados
- Articulação com a equipa multidisciplinar, para a referenciação da criança/família em risco á enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria
- Aplicação da folha de colheita de dados para a realização da visita domiciliária
- Planeamento da Visita Domiciliária
- Realização de Visita Domiciliaria
- Aplicação de folha de Referenciação de Risco Infantil ao NACJR e folha de Visita Domiciliária
- Encaminhamento da situação para outras Instituições
- Elaboração de um suporte bibliográfico

Recursos:

- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar
- UCF
- CPCJ
- NACJR
- Outras Instituições
- Unidade Móvel

7.4 AVALIAÇÃO

Actividades:

- Colocação em prática o Projecto
- Tratamento dos dados estatísticos
- Apresentação dos resultados ao Centro de Saúde do Lumiar, um ano após a implementação do Projecto

Recursos:

- Equipa de Intervenção Comunitária
- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde do Lumiar

8 DOCUMENTOS E NORMAS DE PROCEDIMENTOS



NORMA DE PROCEDIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA FOLHA DE VISITA DOMICILIÁRIA À CRIANÇA EM RISCO

ASSUNTO: Folha de Visita Domiciliária do Centro de Saúde do Lumiar

DESTINATÁRIOS: Equipa de Intervenção Comunitária e NACJR

OBJECTIVO: Proporcionar informação das crianças e jovens em condições de risco.

CONCEITO: A Visita Domiciliária, num contexto de promoção e protecção da saúde permite ao Enfermeiro Especialista de Pediatria ter um conhecimento amplo de toda a dinâmica familiar, das condições habitacionais, económicas e redes de apoio familiar. É um momento ideal da educação para a saúde, sensibilizando a família para a mudança de comportamentos e atitudes dentro do seio familiar.

Nem todas as crianças têm problemas reais de saúde. Algumas podem ter um problema potencial de saúde que é um estado de risco que exige a intervenção de enfermagem a fim de evitar o desenvolvimento de um problema real. Problemas potenciais de saúde indicam que a criança ou família têm factores de risco (sinais que indicam um problema potencial de saúde), que predispõe a criança e família a um padrão de saúde disfuncional, e estão limitados a indivíduos com maior risco que a população como um todo.

Risco é assim definido como uma probabilidade de algo negativo acontecer, perigo calculado em função de possibilidades futuras.

É nestes casos que o enfermeiro deve actuar ao nível da prevenção, permitindo desta forma, que esse risco não passe apenas de uma probabilidade e podendo então promover a saúde e o bem-estar da criança e família.

Seguindo este pensamento, pode-se destacar diferentes riscos dentro da saúde familiar, tais como, risco biológico, risco social, risco económico e estilos de vida de risco. Como risco biológico temos os riscos inerentes à própria criança, como são os problemas físicos e mentais com que algumas delas nascem. Por risco social temos o exemplo de famílias que vivem em bairros com um elevado índice de criminalidade ou viver em comunidades que não dispõem de recursos recreativos e de saúde adequados. Já o risco económico surge pela relação existente entre os recursos financeiros da família e as suas necessidades. Por fim existem então os estilos de vida de risco, englobando-se neste os hábitos pessoais e os comportamentos de risco, como por exemplo, alcoolismo ou toxicodependência.

Ao ser realizada a uma criança e família em risco, revela-se de uma enorme importância pois permite a actuação do Enfermeiro corrigindo e melhorando a sua intervenção direccionando-a para as necessidades concretas e ideais detectadas no decurso da realização da visita.



FOLHA DE COLHEITA DE DADOS PARA A REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA À CRIANÇA EM RISCO

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Infantário/Escola:

Médico de Família:

Responsável pela criança:

Identificação do Risco:

Problemas Identificados:

Orientações/Encaminhamentos:

Percepção da Criança/Jovem/Família/Comunidade:

Outros dados relevantes:

DATA:



FOLHA DE VISITA DOMICILIÁRIA Á CRIANÇA EM RISCO
DO CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

Responsável pela Visita Domiciliária:

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Infantário/Escola:

Médico de Família:

Motivo da Visita Domiciliária:

DATA:

9 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Nº de VD realizadas a Bebés de Risco referenciados pelas Noticias de Nascimento x100
Total de Bebés de Risco referenciados pelas Noticias de Nascimento

Nº de VD realizadas a Crianças de Risco referenciadas por diferentes Instituições x100
Total de Crianças de Risco referenciadas por diferentes Instituições

Nº de VD realizadas a Crianças de Risco referenciadas pela equipa do CSLumiar x100
Total de Crianças de Risco referenciadas pela equipa multidisciplinar do CSLumiar

10 REFLEXÃO FINAL

Para MAGALHÃES (2004), os maus-tratos dizem respeito 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 relação de responsabilidade, confiança e(ou) poder.”

Segundo a DGS (2007), os maus-tratos afectam a criança ou jovem, por acção ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem está habitualmente e da comunidade em geral. Por tudo o que foi referido, o fenómeno da criança maltratada, em sentido lato, é um problema de Saúde Pública.

No Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, um dos projectos de Intervenção Comunitária utiliza como meio de acessibilidade á população a Unidade Móvel de Saúde, tendo como um dos seus objectivos:

- Intervir em proximidade em situações de maior risco, ANTUNES (2009). O que está de acordo com o que foi referido anteriormente.

A Visita Domiciliária desempenha um papel primordial, porque constitui uma modalidade de intervenção de enfermagem, que permite obter um conhecimento global e integrado da criança e família no seu contexto real (físico, familiar e social).

Ao ser direccionada para a criança em risco, a Visita Domiciliaria, reveste-se de uma importância acrescida, isto se considerarmos que é o momento ideal para encontrar indícios de negligência, através da observação do comportamento exibido pela criança e a interacção familiar.

Ao ser realizada por uma Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, revela-se de uma importância fulcral, permitindo a determinação de riscos potenciais para a saúde e integridade física e mental da criança, mas contribuindo também para a melhoria da qualidade de vida da mesma, através de uma interacção precoce e sustentada num conhecimento real da situação, do seu contexto familiar e de comunidade onde esta inserida, o que certamente se converterá em ganhos em saúde

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ BISCAIA, J. - A que pais têm os filhos direito?. **Revista Portuguesa de Bioética - Cadernos de Bioética**. nº 39 (2005) 359-367.
- ☞ CANSADO, T. – **Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: o caso das Instituições Particulares de solidariedade Social** [em linha]. [consultado em 20 de Março de 2009]. Disponível em: **URL: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/documentos/ecadernos2/Teresa%20Cansado.pdf>**
- ☞ CONSELHO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Beta 2. Tradução Portuguesa, 2006.
- ☞ CÔRTEZ, M. (2001) – **Visita Domiciliária** [em linha]. [Consultado em 8 de Maio de 2009]. Disponível em: **URL: http://marcelacortes.vilabol.uol.com.br/visit_domici.htm**
- ☞ DECRETO-LEI Nº 437/91. **Diário da República. I Série**. 257 (1991-11-08) 5723-5741
- ☞ MAGALHÃES, T.– **Maus tratos em crianças e jovens**. 3ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, , 2004.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ☞ PIRES, A. - Comportamento parental. In Pires, A. - **Crianças (e Pais) em risco**. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada, 2001.
- ☞ PORTUGAL. ARSLVT – **Unidades Móveis de Saúde**. Lisboa, Departamento de Saúde Pública, 2009

- ☞ PORTUGAL. Departamento de Segurança Social de Cidadania. – **Políticas Sociais de Protecção à Infância e Juventude na segurança Social**. Lisboa [em linha]. [Consultado em 10 de Abril de 2009]. Disponível em: **URL: <http://www.seg-social.pt>**
- ☞ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - **Programa – Tipo de actuação**. Lisboa, Divisão de saúde materna, infantil e dos adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil, 2002.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Maus tratos em crianças e jovens**. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2007.
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde.– **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos: orientações estratégicas**. Vol. II. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004 .
- ☞ PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação**. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002.
- ☞ POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin - **Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2006. 1106 p. ISBN 972-8930-24-0.
- ☞ SILVA, A. – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. 55, 11-20
- ☞ STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3
- ☞ WONG, D.– **Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXO IV

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
Escola Superior Politécnica de Saúde

Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Reflexão

Elaborado por:

Maria de Lurdes dos Santos Mendes
Florindo

Sob a orientação de:

Professora Elisabete Nunes
Enfermeira Sílvia Filipe

Lisboa, Junho de 2009

REFLEXÃO

A aprendizagem de novas estratégias de formação é um desafio enriquecedor, que obriga a desenvolver métodos para quebrar a rotina e dar “asas” à reflexão.

Sendo a reflexão um hábito muitas vezes inconsciente, a autora confessa que fazê-la e escrevê-la de forma consciente é um exercício difícil de iniciar, mas que depois de conhecer o ambiente de trabalho, o sentimento é de que quanto mais se escreve mais se deseja prosseguir.

Sente-se uma necessidade quase diária de acrescentar alguma coisa, uma ideia, um pensamento, uma inquietação, um desabafo, tudo o que se quer partilhar com “ela” ou com alguém que a leia.

A reflexão por ter sido apresentada em contexto de formação de trabalho, foi “utilizado como instrumento da estimulação e como factor de activação do pensamento reflexivo, providenciando oportunidades para documentar, registar e estruturar os procedimentos e a própria aprendizagem.” CHAVES (2000). É um processo de formação acompanhada que tem como finalidade reflectir: “sobre o extenso campo de dúvidas que, a todos os níveis epistemológicos, se colocam aos profissionais e que vão do questionamento sobre os fins, objectivos e consequências da intervenção pessoal, quer sobre o todo sociológico, quer sobre cada um dos indivíduos interlocutores, ao exercício sistemático da indagação sobre como intervir em cada circunstância e para cada área do conhecimento para que esses mesmos fins não sejam traídos no exercício banalizado, acríptico e rotineiro do dia a dia.” CHAVES (2000).

Fruto de uma caminhada pessoal esta reflexão é um todo, é única. É apenas um princípio duma obra inacabada, para expressar a interpretação de alguns conceitos, situações vividas e sentidas, que fazem parte da experiência de vida da autora.

Espero que a elaboração desta reflexão fomente “uma função simultaneamente estruturante, organizadora da coerência e uma função reveladora, desocultadora e estimulante nos processos de desenvolvimento pessoal e profissional”. CHAVES (2000).

O CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

O curso Mestrado em Enfermagem realizado na Universidade Católica Portuguesa tornou-se uma realidade, quando saiu o resultado da candidatura. Passado o tempo de espera com muita expectativa e satisfação, a autora sente logo no primeiro dia que escolheu uma escola de elevado rigor científico e com grande capacidade no que respeita à humanização dos seus discentes.

Recorda muito bem da forma calorosa e simpática de como deram as boas vindas num ambiente acolhedor e informal. O acolhimento foi uma preocupação, e de facto foi dada a primeira lição de forma informal. A apresentação das professoras, a disponibilidade que demonstraram logo no primeiro encontro foi fundamental para o estabelecimento de uma boa relação.

Outra das preocupações e que desde início foi marcante foi o estabelecimento de relações interpessoais quer entre alunos como com os docentes e outros profissionais da escola.

O convite por parte da escola a colegas do ano anterior que iniciaram o curso do Mestrado, a entrarem no anfiteatro com o objectivo de partilhar experiências, reflectir sobre as suas dificuldades, medos, bons resultados e principais aprendizagens foi uma forma feliz de estimular a comunicação, bem como, relacionamento e desejo para continuar a caminhada.

CHAVES (2000) refere que “nunca serão demais as modalidades de formação que estimulem em simultâneo o empenhamento individual e a auto implicação de par com oportunidades de cruzamento e partilha de saberes.”

Desde a entrada para a Escola que a construção do projecto de estágio foi fruto de uma aprendizagem. A simplicidade, a partilha de saberes, o empenhamento da equipa pedagógica deu alento para continuar, investir na aprendizagem e na persecução da caminhada.

Para construir um projecto é preciso ter sonhado e ter um “sonho”. Considero que o projecto de estágio foi resultado da articulação entre o desejo de o concretizar, o apoio que foi fornecido pela escola e a receptividade da equipa multidisciplinar da instituição onde desempenho funções. “Obrigado a todos.”

Neste momento o projecto de estágio tornou-se num projecto profissional.

Ao idealizar um sonho é necessário percorrer várias etapas até à sua concretização, pelo que, foi preocupação da escola explicita-las de forma simples, metódica e científica.

O mito do projecto como algo difícil de concretizar, tornou-se um processo de pensamento ordenado e aplicável na prática de enfermagem, com benefícios quer para a equipa de enfermagem, quer para a equipa multidisciplinar e também para as crianças/famílias.

Reflectir acerca de determinados conceitos, como criança, família e como enfermeira, é o primeiro passo para compreender como o ser humano, ser único com dignidade e liberdade os interpreta também, à luz da sua experiência de vida, passando do relativo e abstracto para situações concretas e reais. A ética é uma disciplina que ajuda na análise do comportamento humano, ajuda a enfermagem a reflectir sobre os conceitos, a sua essência, o seu significado formal e universal.

Na profissão de enfermagem emergem os princípios éticos, que são a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

CUIDAR

Olhar para a criança/jovem, tocá-la, ter disponibilidade, dar-lhe atenção, respeitar o seu ritmo são algumas das componentes essenciais ao processo de comunicação, e por sua vez indispensáveis para o “cuidar”.

Para “cuidar” nunca poderemos esquecer que, “como ponto de partida, temos de impor a nossa própria vontade em amar, em cuidar e ser moral, sobre o nosso próprio comportamento, e não sobre o comportamento dos outros. Precisamos de amar, de respeitar, de cuidar de nós próprios e de tratarmo-nos com dignidade, antes de podermos respeitar, amar, cuidar dos outros e tratá-los com dignidade.” WATSON (2002)

Considero esta premissa fundamental para que o relacionamento entre a enfermeira e a criança/família seja saudável. É necessário conhecer-se a si próprio, reflectir sobre as suas limitações, pedir ajuda se necessário para se conseguir ajudar a si e aos outros.

“A mente e as emoções da pessoa são as janelas da sua alma,” WATSON (2002), pelo que como seres humanos que somos, necessitamos do nosso bem-estar para cuidar dos outros. Para cuidar, não basta a presença física, tem de se ter consciência e disponibilidade para conseguir interpretar o mundo subjectivo e emocional da criança/família e poder lidar, enfrentar os medos ao trabalhar com situações muito delicadas como a violência infantil, o abuso sexual e negligência.

Como todas as pessoas, são um fim, e não um meio em si mesmo, têm um valor intrínseco, têm dignidade inapta desde o nascimento. A autora, como enfermeira com a sua dignidade, é responsável pelo respeito da dignidade das crianças/famílias inseridas na sua comunidade.

A enfermeira age e decide sempre pelo bem do outro; quando lhe dá informações e lhe mostra os vários caminhos que podem solucionar o seu problema, incentivando-o para decidir com liberdade, sem nunca poder esquecer a história de vida de cada um.

ROGERS (1961) refere que “Não posso fazer mais do que tentar viver segundo a minha própria interpretação da presente significação da minha experiência, e dar aos outros a permissão e a liberdade de desenvolverem a sua própria liberdade interior para que possam atingir uma interpretação significativa da sua própria experiência.”

Não se pede para nascer, não se escolhem os pais, nem o sítio onde se nasce. Desde o primeiro dia em que se nasce tem-se necessidades de relacionamento (afectos) e de bens materiais para sobreviver.

O bebé chora porque tem fome ou outra necessidade, e espera que alguém o satisfaça e conforte. O primeiro choro do bebé é talvez a primeira forma de ele comunicar com alguém é como se dissesse “estou aqui! Cuidem de mim!” BRAZELTON (2003).

Cada pessoa é única, possui características que lhe são próprias: dignidade, singularidade, consciência, liberdade e autonomia e participa na relação com os outros indivíduos.

Cada pessoa é o que é, fruto do que vive, de todas as aprendizagens que foram facultadas e que quis receber e procurar, como menciona a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) “É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação dos bens e valores culturais e pessoais, na interacção com processos somáticos, genéticos e físico ambientais, que se definem os diversos modos de vida e as necessidades concretas de cada um.”

Ao trabalhar no centro de saúde e na comunidade é muito interessante o pensamento de Sartre, citado por FERREIRA (1964), que refere “Eu construo o universal escolhendo-me; construo-o compreendendo o projecto de qualquer outro homem, seja qual for a sua época.” Os pensamentos de Sartre são muito actuais pois ajudam a compreender muitas vezes a vida e o ambiente em que vivem as crianças/famílias.

O Centro de Saúde do Lumiar é frequentado por comunidades ciganas, utentes oriundos do Leste, de África, do Brasil a que a autora presta cuidados de enfermagem. Por tradição, a sua filosofia de vida é diferente da nossa, pelo que, os seus projectos de vida também o serão.

O respeito pelas suas tradições, valores, estilos de vida é fundamental para que a enfermeira consiga estabelecer uma relação de ajuda e terapêutica com estes utentes e famílias. No fundo são pessoas que é necessário ajudar e que se confiarem na equipa de enfermagem, ensinam muito acerca do Homem/Ambiente e da sua Cultura.

É necessário que a enfermeira enquanto profissional e pessoa se conheça bem, tenha opinião acerca das suas crenças, valores, sentimentos, para que consiga aceitar e respeitar a vida vivida por outras pessoas oriundas de outras culturas. A diferença enriquece-nos se soubermos aceitá-la.

Por outro lado, uma das angústias da autora enquanto pessoa e enfermeira é quando presta cuidados a crianças/jovens maltratadas, que não tem projecto de vida. Torna-se um desafio. É necessário compreender aquelas crianças/jovens, as suas situações, as suas ligações com a família e comunidade. A enfermeira e a pessoa tornam-se cúmplices e são co-participantes para implementar um processo de mudança. A enfermagem como ciência humana “abre novos horizontes e novas possibilidades para o Homem e para o seu Mundo.” WATSON (2002)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) refere ainda que “ os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida.”

CUIDAR COM QUALIDADE

O enfermeiro tem de estar receptivo ao desenvolvimento científico, sem nunca esquecer a essência da profissão de enfermagem: o cuidar.

Para que o enfermeiro garanta uma melhoria contínua da qualidade deverá ter sempre em conta a tríade constituída por enfermeiro/ instituição/utente.

A análise regular dos cuidados prestados com o objectivo da melhoria da qualidade é imprescindível. “ O enfermeiro, quando realiza a análise do seu trabalho, da gestão dos recursos existentes (rentabilizados e adequados ao serviço do indivíduo, família e comunidade) pode clarificar os pontos fortes e as dificuldades e constrangimentos existentes.” ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003).

O enfermeiro enquanto profissional competente terá de “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003), sem esquecer os objectivos inicialmente definidos pela instituição e equipa de saúde. A avaliação dos resultados finais é imprescindível para garantir a qualidade dos cuidados.

O acompanhamento dos profissionais envolvidos neste processo exige uma verdadeira comunicação entre os pares que deverão servir de suporte, partilha de informação, análise do trabalho efectuado através de processos de reflexão e avaliação.

A reflexão individual ou em grupo de determinados acontecimentos e situações “potencia uma mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional.” ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003).

Por outro lado, o enfermeiro não pode esquecer que “ a avaliação subjectiva do paciente acerca da sua saúde, incapacidades, desvantagens, qualidade de vida, etc., está muito dentro das esferas de necessidades de cuidados de saúde e resultados finais.” WILKIN, HALLAM, DOGGETT (1992).

Para proporcionar satisfação à criança/família tem de se ter em conta os seus valores, expectativas e o conhecimento do que é a satisfação para aquela criança/família.

Segundo WILKIN, HALLAM, DOGGETT (1992) a satisfação “Pode ser um ideal, uma sensação subjectiva que cada um merece, uma avaliação subjectiva da experiência passada em situações similares ou alguns níveis mínimos aceitáveis”.

Em enfermagem o enfermeiro tem o dever e a obrigação de cuidar da criança /família, o que implica o respeito pelas suas vivências, qualidade de vida, saúde /doença e adquirir novos conhecimentos científicos.

“A enfermagem desenvolve novos conhecimentos em relação ao comportamento humano, na saúde e na doença, e faz novas descobertas de como devem ser os cuidados de saúde.” WATSON (2002)

O enfermeiro é uma pessoa humana com capacidades para aprendizagem de conhecimentos e técnicas científicas, para prestar cuidados numa prática em que se exige o controlo das situações. A enfermagem é por isso uma arte, uma ciência, uma partilha e uma troca de relações humanas. O rigor científico é muito importante, mas nunca se pode esquecer que se trabalha numa equipa de saúde tendo sempre como objectivo o bem-estar e a manutenção da qualidade de vida da criança/família.

A comunicação é um dos pilares da profissão de enfermagem. A enfermagem é uma profissão de relação e, sem comunicação, não há relação. Esta comunicação existe desde que duas pessoas estejam em presença uma da outra. Pode ser comunicação verbal ou não verbal, mas desde que sejam dois não estão sós, pelo que, em presença um do outro sem que haja conversa partilham a companhia, o silêncio, há por assim dizer, uma troca de energia.

Tendo sempre como objectivo o bem da criança/família, a comunicação em enfermagem circula do particular para o geral, da escrita para as palavras, do não verbal para o verbal, ou seja, a enfermeira detém muitas informações acerca de muitas crianças/ famílias e assuntos que são confidenciais.

Pensar na comunicação e na enfermagem é pertinente pensar na autora como um ser comunicante, na comunicação que estabelece com as crianças/famílias e enquanto membro da equipa de saúde.

FORMAÇÃO

Uma das formas de formação é a que decorre da entreajuda na profissão e nas formas de cooperação entre pares profissionais. É necessário que a formação em serviço seja realizada de uma forma dinâmica, inovadora e perspicaz. Por um lado é necessário

detectar as principais necessidades de formação, e por outro, ir de encontro às expectativas dos formandos e às suas reais necessidades de formação. Nesta situação em especial, por parte da equipa multidisciplinar existe algum receio em abordar o tema criança em risco, maus tratos, negligência...

Esta formação entre a equipa facilitou a análise e reflexão conjunta, que vai ser promotora de mudanças destes sentimentos, ao serem partilhados por todos, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional.

Uma simples reunião de trabalho pode ser o espaço de reflexão formativa, pela tomada de consciência dos processos vividos. Para que a formação com um sentido de desenvolvimento seja uma realidade é necessário o envolvimento das pessoas e os objectivos devem estar definidos, claros e aceites por todos.

O processo de clarificação, a troca de ideias pelo grupo ajuda os profissionais a percorrer diferentes caminhos para atingir os mesmos objectivos, previamente definidos.

A partilha da resolução de problemas vividos ajuda ao pensamento reflexivo e torna-se referência para outros profissionais.

Cada indivíduo é responsável pelo seu percurso, no entanto é o grupo que partilha a formação que deverá servir de suporte nos momentos difíceis, proporcionando momentos de reflexão, análise e entreajuda, de modo a permitir o desenvolvimento dos diferentes elementos.

A Sessão “ A Criança em Risco”, com o apoio da instituição aumentou a segurança e maturidade pessoal, reforçando a identidade pessoal e profissional da autora.

A formação é uma preocupação constante para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados. O avanço tecnológico diário, a investigação de paradigmas de enfermagem, o desejo pessoal de aquisição de conhecimentos, inquieta o indivíduo e envolve-o numa procura de conhecimentos, que o enriquece enquanto pessoa e que dignifica a profissão de enfermagem.

Neste momento a autora considera que a formação é uma inquietação, e que partilha sempre com os seus colegas, quer sejam mais velhos, mais novos ou até mesmo com os alunos de enfermagem que estagiam no serviço. Pensa que é importante “contagiar” as pessoas pelo gosto de aprender.

A autora partilha a teoria humanista da aprendizagem. Em que a aprendizagem é um processo de descoberta do significado pessoal do conhecimento para a pessoa. É um processo de descoberta, cognitivo, pessoal, de índole vivencial em que se é livre de descobrir o caminho, com o objectivo da auto-realização, auto regulação e auto crescimento.

O processo de aprendizagem na idade adulta obedece a uma disciplina própria desta fase da vida. A aprendizagem na idade adulta é uma opção que tem a ver com o gosto de querer saber mais acerca de determinado assunto, está-lhe sempre subjacente uma necessidade de mudança, de partilha de experiências, de relacionamento e de afectos.

Se por um lado habitualmente a disponibilidade pessoal de tempo é menor, por outro lado o querer aprender na idade adulta situa-se face a um real específico e delimitado, que neste caso é a profissão de enfermagem. A utilidade prática; aprender para ter utilidade no dia a dia é uma mais valia, pelo que se aprende melhor se houver envolvimento. Ao ser integrado voluntariamente num processo de aprendizagem, aprende-se mais e melhor, compreende-se o porquê das coisas e define-se à partida objectivos pessoais e/ou profissionais.

O adulto tem capacidade para conhecer melhor as suas estratégias de aprendizagem e seleccionar os conhecimentos que se revelam para si como mais importantes. Como pessoa única, com valores e interesses pessoais, é coerente na escolha das suas aprendizagens e consegue ter ritmos de estudo, de trabalho de acordo com as suas disponibilidades.

O exercício da profissão de enfermagem tem de fazer sentido para a autora, enquanto pessoa e profissional. Este sentido exige uma actualização constante de conhecimentos, fazendo face à evolução da tecnologia e da bibliografia. O enfermeiro competente não presta somente cuidados de enfermagem à criança/família, mas reflecte também sobre os acontecimentos do seu dia a dia, procura respostas, é crítico e adapta-se à variedade das circunstâncias.

A realização do Portefólio, foi um excelente instrumento que facilita o pensamento ordenado, tornando-se numa estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional através da reflexão sistemática e contínua das temáticas reais e pertinentes que proporcionam um aperfeiçoamento progressivo na prestação de cuidados de enfermagem.

Em relação ao Relatório é uma experiência de formação muito enriquecedora, uma vez que ajuda a transferência de conhecimentos teóricos do quadro da formação para a sua aplicabilidade nos contextos da profissão. A preocupação em ir de encontro às aptidões pessoais, às experiências vivenciadas, às necessidades profissionais, sempre com disponibilidade por parte da tutora e da equipa multidisciplinar, todas as sugestões de base foram aproveitadas e direccionadas para que se transformassem num verdadeiro relatório, assumido por todos.

A necessidade de utilização de novas linguagens na prática diária de enfermagem, neste caso a informática, é essencial para a elaboração da Base de Dados para o NACJR, onde a autora adquiriu conhecimentos e lhe foi exigida muita responsabilidade.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A autora considera que este percurso está longe de ser finalizado.

Pensa que esta reflexão é “uma longa, longa carta sempre enviada (a si próprio e ao formador) e também sempre devolvida, todavia, sempre enriquecida por nova informação, novas perspectivas ou novo e continuado suporte afectivo e pessoal” CHAVES (2000)

A autora leu e releu livros insaciavelmente, tentou articular saberes teóricos e a sua aplicabilidade na prática, sem nunca esquecer a essência do cuidar. Tendo sempre por base os fios condutores, seleccionou algumas temáticas, que são pertinentes para cuidar da criança/família tendo sempre em conta a liberdade e a sua identidade sociocultural, valores éticos, morais e religiosos.

Alarcão et al 1987 citado por CARVALHO (1996) afirma: “defendemos o caminho do saber ao saber fazer, por ser aquele que nos parece estar mais de acordo com o desenvolvimento cognitivo dos adultos e garantir uma prática consciente e reflectida, mas não esqueçamos a importância do ser e a grande via de aprendizagem que é a vida, a prática, a reflexão, a experiência.”

Ao longo deste ano a autora também reaprendeu de forma diferente a “pensar, educar e ensinar, em termos de direitos humanos e em termos de fé na dignidade da pessoa, ter

presente que o humanismo liga o passado ao presente, não pertence à história recente, nem se esgotou nas origens.” CARVALHO (1996)

O humanismo cultiva-se para se colher, aprende-se para se ensinar desde o nascimento, pelo que é herdado dos nossos antepassados e ao praticar-se deve servir de exemplo para os nossos filhos e gerações futuras.

Terminar uma reflexão com um pensamento de HUBBARD (2003) é essencial pois “Sonhamos muitas vezes em cumprir uma grande e nobre tarefa, mas o nosso dever é fazer das tarefas pequenas, como se fossem grandes e nobres.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ BRAZELTON, T; SPARROW, J – O Método Brazelton. **A Criança e o Choro**. Lisboa: Editorial Presença, 2003.
- ☞ CARVALHO, M. – **A Enfermagem e o Humanismo**. Lisboa: Lusociência, 1996.
- ☞ CHAVES, I. – **Portefólios Reflexivos: -** Estratégia de Formação e de Supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.
- ☞ HUBBARD, E. – **Uma carta para Garcia – Sobre livros e anúncios**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2003.
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003
- ☞ ROGERS, C.– **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes Editores, 1961.
- ☞ SARTRE, J.P.; FERREIRA, V. – **O existencialismo é um Humanismo**. Lisboa: Editorial Presença, 1964
- ☞ WATSON, J. – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem**. Lisboa: Lusociência, 2002.
- ☞ WATSON, J. – **Enfermagem pós-moderna e futura -** Um novo paradigma de enfermagem. Lisboa: Lusociência, 2002.

📖 WILKIN, D.; HALLAM, L.; DOGGETT, M. – **Measures of need and outcome for primary health care.** Oxford University Press, 1992.