



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

LABIRINTOS DA INFÂNCIA

Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco

Cuidados de Saúde Primários

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

Jorgelina Maria Guerreiro Ramos Beckert Rodrigues

(LISBOA, Abril 2012)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

LABIRINTOS DA INFÂNCIA

Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco

Cuidados de Saúde Primários

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

Jorgelina Maria Guerreiro Ramos Beckert Rodrigues

Sob orientação da Professora **Ana Maria Soares de Resende**

(LISBOA, Abril 2012)

RESUMO

Todas as crianças têm direito a crescer com segurança e protecção, assim como a viver uma vida sem qualquer género de violência. Contudo, as estatísticas mundiais, revelam um alarmante retrato em que milhões de crianças são vítimas de violência física, sexual e emocional. A violência e os maus tratos representam, assim, um grave problema de âmbito global com impacto directo a nível da saúde física e mental da criança ou jovem, no seu bem-estar e desenvolvimento e, como consequência, na sociedade em geral.

Em Portugal, a par dos progressos internacionais, diversas disciplinas têm desenvolvido os seus conhecimentos, no sentido de facilitar uma actuação concertada aos níveis da prevenção, diagnóstico e intervenção transdisciplinar no âmbito das situações de maus tratos.

O mau trato e a negligência constituem uma realidade multifacetada, onde a intervenção dos serviços de saúde se enquadram num contexto de responsabilidade partilhada pelos diferentes actores da comunidade.

O Relatório que agora se apresenta descreve um projecto, em contexto institucional, na área da promoção e protecção dos direitos da criança realizado no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras, onde decorreu o estágio.

O estágio onde se desenvolveu o projecto foi realizado em dois momentos: módulo I e II.

No seu primeiro módulo fez-se o diagnóstico da situação, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde, tendo sido avaliadas as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde na articulação entre o NACJR e as Unidades Funcionais, especificamente durante o processo de sinalização de situações de risco e mau trato ao NACJR. Os resultados obtidos vieram evidenciar a importância de uma comunicação, entre as unidades e o núcleo, que seja bilateral e decorra em todas as fases do processo.

Estes resultados vieram reforçar a pertinência da elaboração, no segundo módulo de estágio, de um projecto que se denominou "Labirintos da Infância – Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco ". Este projecto visa contribuir para a criação de uma resposta, mais eficaz, às necessidades específicas apresentadas pelos profissionais, no processo de sinalização de situações de risco e maus tratos, facilitadora de uma intervenção mais concertada e atempada na promoção e protecção da criança e do jovem em risco ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave – Projecto; Intervenção; Saúde; Criança; Negligência e Mau trato.

ABSTRACT

Every child has the right to grow in safety and with protection, as well as the right to live a violence free life. However, world statistics reveal an alarming portrait where millions of children are victims of physical, sexual and emotional violence. Child violence and maltreatment represent, therefore, a serious problem at a global scope, with a direct impact on the physical and mental health, on the well-being and on the development of any child or adolescent, and, as a consequence, an impact on the society in general.

In Portugal, alongside with international progress, many fields have extended their knowledge in a way to facilitate an action at the level of prevention, detection and intervention in situations of maltreatment.

Maltreatment and negligence constitute a multifaceted reality, where an intervention by the health services is part of a responsibility shared by everyone in the community.

This paper describes a project in the field of promotion and protection of children's rights, executed in the Support Center for Children and Adolescents at risk (NACJR), part of the group of health centers of Oeiras, where the internship took place.

The internship where the project was developed was divided into two phases: module I and II.

In the first module a diagnose of the situation was achieved, according to the methodology of planning in health. The diagnose was achieved by evaluating the necessities, felt by the health Professional, in the interaction between the NACJR and the functional units and in the process of identifying maltreatment situations. The results obtained prove the importance of a bilateral communication throughout the whole process between the units and the NACJR.

These results reinforced the relevance of elaborating a project, later named "Childhood Labyrinth – contexts of intervention in children and adolescents at risk", on the second module. This project aims to contribute to the creation of a more efficient response to the specific necessities identified by the professionals in module I, enabling an improved and on time intervention on the promotion and protection of children and adolescents at risk at the level of primary health care.

Key Words: Project; Intervention; Health; Child; Negligence; Maltreatment

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Resende, enquanto docente tutora pela sua disponibilidade e simpatia com que sempre acompanhou todo este trabalho, pelas suas orientação, confiança e incentivo sempre presente.

À enfermeira Luísa Horta e Costa, a quem reconheço um profundo saber e capacidade de acreditar que é sempre possível ir mais longe na promoção e protecção da Criança e dos seus Direitos. Um agradecimento muito especial, pela amabilidade com que aceitou ser orientadora deste estágio, pelo constante rigor e pragmatismo, pela a sua preciosa ajuda e incentivo nesta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado pelo ambiente de partilha e solidariedade, especialmente à Rita Raminhos que, com a sua cumplicidade, amizade e apoio, me incentivou a ultrapassar obstáculos e a prosseguir.

À toda a equipa do Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens a minha gratidão pela confiança no trabalho a realizar. Uma palavra muito especial à Fátima e à Salomé pelo apoio e pela permanente disponibilidade para ouvir.

A todos os colegas e profissionais do Aces de Oeiras que colaboraram neste estudo, pela sua disponibilidade demonstrada, sinónimo da sua abertura e sensibilidade para a temática equacionada. Um agradecimento em particular a todos os coordenadores médicos e de enfermagem das unidades de saúde pela cooperação e empenho para a realização do estudo.

À equipa da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras pela amabilidade com que me receberam. Por me terem feito sentir como um elemento da equipa, e com quem muito aprendi.

Às colegas da equipa de Saúde Escolar. À minha equipa. A minha profunda gratidão pelo apoio, solidariedade e amizade demonstrada. À Bé, um agradecimento muito especial, pelo incentivo, sorriso, presença e apoio incondicional.

Aos meus pais pelo constante incentivo no nosso crescimento pessoal e profissional, aos meus sogros pelo incentivo e pelo inestimável apoio familiar que preencheu as diversas ausências que fui tendo por força das circunstâncias. Ao meu irmão Nelson, e a minha sobrinha Clara pela sua disponibilidade e prestimosa ajuda e conhecimentos informáticos, permitiram concretizar este trabalho.

Gostaria ainda de agradecer a todos os meus amigos que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para este trabalho.

Finalmente e de uma forma muito, muito especial ao Pedro, ao João Pedro e Matilde pela paciência, compreensão e ânimo sempre manifestados apesar da minha "distante" disponibilidade.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos

*João Pedro
e*

Matilde

Incondicionalmente

Vê-los Crescer é uma fonte de alegria constante.

*"Quando o primeiro bebé riu pela primeira vez,
o riso despedaçou- se em milhares de partes
e todas elas se espalharam, foram saltando.
E assim nasceram as fadas..."*

*Cada vez que uma criança diz «Eu não acredito em fadas»
em algum lugar
há sempre uma fada que morre."*

JAMES BARRIE, Peter Pan

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CPCJO – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras

CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens

CNPCJR – Comissão Nacional Protecção de Crianças e Jovens em Risco

DGS – Direcção-Geral da Saúde

e.g. – por exemplo

ECMIJ – Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PIAF – Plano de Intervenção e Apoio à Família

RSI – Rendimento Social de Inserção

SIARS – Sistema Informação da Administração Regional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ESQUEMA DAS 10 FREGUESIAS ABRANGIDAS PELO ACES DE OEIRAS.....	10
FIGURA 2 – MODELO DOS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DAS ENTIDADES COM LEGITIMIDADE PARA INTERVIR NO ÂMBITO DA LEI DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO.....	20
FIGURA 3 – INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE	22
FIGURA 4 - MODELO ECOLÓGICO PARA A INTERPRETAÇÃO DOS MAUS TRATOS.....	53
FIGURA 5: SISTEMA INTEGRADO DE ABORDAGEM AO MAU TRATO E NEGLIGÊNCIA.....	56

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - PROFISSIONAIS AFECTOS ÀS UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE DO ACES DE OEIRAS OCIDENTAL.....	36
QUADRO 2 - POPULAÇÃO DE ENTREVISTADOS DO ACES DE OEIRAS OCIDENTAL.....	39

INDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	6
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO DO PROJECTO NO CONTEXTO DA SAÚDE	6
1.1 - O Contexto Específico do Projecto: NACJR / ACES OEIRAS.....	6
1.2 - Conceitos, Dimensão, Tipologia e Principais Tipos de Abordagem do Fenómeno dos Maus Tratos Infantil	12
1.3 - Enquadramento Legal e de Saúde.....	18
1.4 - Situação/área problemática a desenvolver	23
1.5 - Objectivos Gerais do Estágio	24
CAPÍTULO 2 – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES.....	28
2.1 – Objectivos Específicos do Módulo I de Estágio	28
2.2 – Actividades Desenvolvidas e Recursos Utilizados.....	29
2.3 – Avaliação das Actividades Desenvolvidas	49
PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO.....	51
CAPÍTULO 1 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO	51
1.1 - Fundamentação do projecto de Intervenção.....	51
1.2 - Sistema integrado de abordagem ao mau trato e negligência como modelo orientador neste projecto de intervenção	52
CAPÍTULO 2 – A FASE DE INTERVENÇÃO	58
2.1 - Objectivos Específicos do Módulo II de Estágio	59
2.2 – Actividades Desenvolvidas e Recursos Utilizados.....	59
CONCLUSÃO.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	67
ANEXOS.....	76

ANEXO I - CRONOGRAMAS: MÓDULOS I E II DE ESTÁGIO E DAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	77
ANEXO A – CRONOGRAMA DO MÓDULO I DE ESTÁGIO	
ANEXO B – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO MÓDULO I DE ESTÁGIO	
ANEXO C – CRONOGRAMA DO MÓDULO II DE ESTÁGIO	
ANEXO D – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO MÓDULO II DE ESTÁGIO	
ANEXO II - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO CLÍNICO DO ACES DE OEIRAS PARA CONSULTA DE DADOS E REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	82
ANEXO III - PEDIDO DE CONSENTIMENTO AOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES DE OEIRAS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	84
ANEXO IV - PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	86
ANEXO V - GUIÃO DA ENTREVISTA.....	88
ANEXO VI - METODOLOGIA E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES DE OEIRAS OCIDENTAL.....	91
ANEXO VII - "LABIRINTOS DA INFÂNCIA <i>CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO EM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO</i>" (DESENHO DO PROJECTO).....	110
ANEXO VIII - POSTER COM MAPA E CONTACTOS DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE OEIRAS.....	134
ANEXO IX - BROCHURA COM MAPA E CONTACTOS DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DE OEIRAS.....	136

INTRODUÇÃO

" A Humanidade deve à criança o melhor que tem para dar ..."

*in preâmbulo **Declaração dos Direitos da Criança** (20 de Novembro de 1959)*

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2010/2012, na Universidade Católica Portuguesa / Instituto de Ciências da Saúde / Escola Superior Politécnica de Lisboa, e de acordo com o plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi realizado um Estágio para avaliação da unidade curricular com a mesma designação. O estágio foi estruturado em três módulos distintos. Este foi realizado em apenas dois momentos: módulo I para a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, na área da promoção e protecção dos direitos da criança e do jovem e módulo II para a elaboração de um projecto de intervenção, a que se deu o título, "*Labirintos da Infância – Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco*".

O módulo III de estágio previsto no plano de estudos como opcional não foi realizado, por ter sido creditado a sua equivalência neste curso, após apreciação curricular. Desempenhamos a actividade profissional em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Realizamos o Estágio no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) IV – Oeiras, no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) de Oeiras ocidental, sediado no Edifício Oeiras nas instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade Saúdar, nos períodos de 26 de Abril a 18 de Junho de 2011 e de 26 de Setembro a 17 de Dezembro de 2011, que corresponderam, respectivamente, aos Módulos I e II. Cada Módulo incluiu 180 horas de contacto e 70 horas de estudo individual, perfazendo um total de 500 horas.

A tutora do Estágio foi a Professora Ana Resende e a Orientadora do Estágio a Enfermeira Luísa Horta e Costa. Esta enfermeira desempenha a sua actividade profissional articulando entre o ACES de Oeiras e a presidência da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras (CPCJO) e por sua sugestão, o campo de estágio que inicialmente estava previsto ser apenas no NACJR de Oeiras ocidental, alargou-se à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras, o que constituiu, um contributo de relevante importância, para o nosso processo de formação pessoal na área do projecto delineado.

A escolha da área do Projecto e conseqüente campo de estágio, foi ao encontro das necessidades da equipa de Saúde Escolar de Oeiras ocidental, que tendo como referencial, o Programa Nacional de Saúde Escolar, desenvolve as suas actividades desde há largos anos, em parceria com a comunidade educativa, funcionando como a interface entre a escola e os

serviços de saúde, sendo sua preocupação contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças, através de uma intervenção que se deseja cada vez mais eficaz e eficiente, e onde a organização de resposta poderá marcar a diferença de actuação.

A razão da nossa escolha, foi também no sentido de privilegiar a área da promoção e protecção dos direitos da criança, no NACJR, no nosso contexto institucional e surgiu como um desenvolvimento natural de um percurso profissional no âmbito dos CSP. Porque a CPCJO, se situa a um nível de intervenção imediatamente subsequente, permitiu no nosso processo de aprendizagem, a integração de uma visão mais abrangente na abordagem às situações de risco e perigo e da capacidade de actuação nos diferentes contextos de intervenção dos profissionais.

No âmbito da nossa intervenção, como enfermeira da equipa de saúde escolar do ACES de Oeiras confrontamo-nos diariamente com situações de crianças e jovens que identificamos e/ou nos são sinalizadas pela comunidade educativa, porque se encontram em situação de vulnerabilidade física, psicológica e/ou social. Esta situação compromete habitualmente o seu desenvolvimento equilibrado, pelo que estas crianças carecem de uma intervenção/ encaminhamento célere tanto no que respeita à prestação de cuidados como ao seu encaminhamento e monitorização.

O nosso projecto justifica-se, não só pela pertinência e interesse do nosso desenvolvimento pessoal e profissional, mas porque os maus tratos e negligência a criança e jovens são uma realidade presente na nossa sociedade, constituindo motivo de profunda preocupação, quer pelo desrespeito aos direitos humanos fundamentais, quer pelo comprometimento do desenvolvimento integral da criança, do ponto de vista físico, psicológico, emocional, cognitivo, comportamental, social e cultural, constituindo-se como uma responsabilização social e ética de toda a sociedade. No assumir pessoal e profissional de que os maus tratos e negligência à criança, constituem um desafio e uma responsabilidade em que o conhecimento directo da complexidade do fenómeno, nos permitirá uma intervenção adequada no sentido da protecção de crianças e jovens.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1999, considerou o fenómeno dos maus tratos como um problema de saúde pública a nível mundial, estimando que 40 milhões de crianças são vítimas de alguma forma de maus-tratos. Só no ano 2002, estimou que cerca de 53 mil óbitos de crianças ocorreram por homicídio e uma parte significativa dos maus-tratos nunca chega a ser detectada (BUTCHART, HARVEY, MIAN, FÜRNISS, & KAHANE, 2006).

Não obstante a problemática dos maus tratos em crianças e jovens, ter vindo a receber uma crescente atenção por parte de diversas estruturas da sociedade, a nível nacional e

internacional, verifica-se uma procura do entendimento sobre os factores que contribuem para esta situação e o desenvolvimento de formas de intervenção mais eficazes. A elevada prevalência dos maus tratos e o elevado fluxo de processos existentes, revelados pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), no último Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens de 2010 constituem um alarmante retrato sobre a situação do *perigo* presente na infância em Portugal.

Este relatório revela que no ano de 2010 as CPCJs acompanharam 68300 processos, mais 1404 processos do que os acompanhados no ano anterior o que correspondeu a um acompanhamento de 68421 crianças e jovens.

Contudo embora se tenha verificado uma diminuição de processos abertos (28103 processos), tendo este número diminuído pelo terceiro ano consecutivo, houve um aumento de reabertura de processos já arquivados (1365 processos), significando uma reincidência da mesma situação, o que corresponde a mais 33,5%, face ao ano anterior. (CNPCJR, 2011).

De notar, que os distritos mais representativos no volume processual global, a nível nacional, foram Lisboa, Porto e Setúbal. Por escalões etários, destacam-se as crianças dos 11 aos 14 anos, onde se registaram o maior número de acompanhamentos e as crianças entre «0 – 5 anos» por representarem o grupo com maior número de processos instaurados. Quanto as situações de perigo mais identificadas, em termos de ordenação por ordem decrescente foram: Negligência, a exposição a modelos de comportamento desviante, o abandono escolar, os Maus-tratos psicológicos / abuso emocional e os Maus-tratos físicos (CNPCJR, 2011).

Em Portugal o modelo de protecção de crianças e jovens em risco, vigente desde Janeiro de 2001, encontra-se consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – (Lei n.º147/99, de 1 de Setembro), encontrando-se redigida no artigo 3º, ponto dois, a definição de criança (menos de 18 anos) em perigo. À luz do direito português o conceito “superior interesse da criança”, introduzido pela lei, constitui-se como o princípio orientador essencial em toda a intervenção. Determina ainda que a intervenção e promoção dos direitos e protecção da criança/ jovem em risco, pressupõe a existência de três patamares diferenciados: deve inicialmente ser desenvolvida, pelas entidades de primeira linha, rede informal, públicas e privadas, que tenham atribuições em matéria de infância e juventude, onde se encontram os serviços de saúde, nomeadamente os centros de saúde, seguidas pelas comissões de protecção e em última instância pelos tribunais.

Segundo CANHA (2003) o diagnóstico precoce dos maus tratos e a sua adequada orientação constituem medidas essenciais, para evitar um manancial de acontecimentos, de carácter previsível, mas muito prejudiciais e comprometedores no percurso de vida de uma criança.

Deste modo nas instâncias de primeiro nível, a intervenção da saúde enquadra-se num contexto de responsabilidade partilhada pelos diferentes actores da comunidade, torna-se de relevante importância. Partindo da premissa que todas as crianças em algum momento do seu desenvolvimento contactam com o sistema de saúde, e com os seus profissionais, estes por inerência das funções que desempenham, devem utilizar essas oportunidades nos vários contextos de actuação, responsabilizarem-se pela detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme e na sinalização das crianças em risco ou em evolução para o perigo, estabelecendo os procedimentos a seguir nestas situações (PORTUGAL, 1999;RAMIÃO, 2010).

Sendo a saúde, um espaço de intervenção interdisciplinar, o Enfermeiro, rege a sua actividade profissional segundo um código ético e deontológico próprio. Insere-se num contexto multiprofissional onde todos os profissionais têm o dever de co-responsabilizar-se e trabalhar em articulação e complementaridade e onde a abordagem integral das Crianças/famílias/comunidades é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais.

De acordo com a LPCJP e os princípios das boas práticas, o Ministro da Saúde emitiu um despacho (n.º 117/07 de 24 Abril) no sentido de reforçar a capacidade de intervenção por parte dos serviços de saúde, bem como de melhorar a organização, qualificação e concertação das respostas relativamente à problemática dos maus tratos. Deste modo, surge a indicação para a constituição dos NACJRs.

O NACJR Ocidental, onde decorreu o estágio, constitui uma nova realidade para os ACES, implicando uma dinâmica de trabalho sustentada nas equipas médico/enfermeiro de família, na coordenação do NACJR e nas diferentes formas de articulação interna e externa entre eles.

Neste âmbito, a implementação deste serviço no ACES atendeu aos objectivos normativos do respectivo diploma governamental de implementação e às orientações definidas pela Direcção-Geral da Saúde. Não obstante, as acções desenvolvidas para a sua consolidação no âmbito competências que lhe estão atribuídas subsistem ainda alguns condicionamentos, no que se prendem sobretudo com a articulação e organização a nível interno, a tal facto não pode ser alheio o curto trajecto da sua existência.

Este relatório descreve um projecto que teve como finalidade contribuir para o desenvolvimento dos modelos organizativos e a sua operacionalidade de funcionamento entre as diversas unidades funcionais e o NACJR do ACES de Oeiras ocidental, contribuindo para a melhoria da articulação interna e planeamento das intervenções no processo de comunicação e de sinalização de situações de risco e maus trato. Para a operacionalização do projeto de intervenção, utilizou-se a metodologia de planeamento em saúde de IMPERATORI E GIRALDES (1993), TAVARES (1992).

Este Relatório tem assim como objectivos:

- Descrever o que foi planeado e realizado nos Módulos I e II de estágio;
- Realizar a análise crítica do projecto no que se refere aos objectivos e actividades para consecução dos mesmos;
- Dar a conhecer as alterações que foram efectuadas relativamente ao projecto inicial de estágio;
- Apresentar os dados recolhidos e a sua metodologia;
- Efectuar uma discussão dos resultados, mediante reflexão da prática baseada na evidência;
- Servir como instrumento no processo de avaliação.

A elaboração deste documento basear-se-á numa análise descritiva e crítica, tendo-se usado como recursos: consulta do Portefólio elaborado durante o Estágio, pesquisa bibliográfica, reuniões Tutorais com a Professora Orientadora, análise de actividades para consecução dos objectivos, análise das competências adquiridas.

Estruturamos o presente relatório em duas partes, a primeira inclui dois capítulos relacionados com o desenvolvimento do Módulo I de estágio e que corresponde as fases do projecto: diagnóstico de situação, levantamento de necessidades, selecção de prioridades e estabelecimento de meios, estratégias e recursos a utilizar e a segunda parte que corresponde ao desenvolvimento do Modulo II que descreve a fase de intervenção e avaliação do Projecto.

Na primeira parte do relatório, proceder-se-á ao enquadramento teórico e legal da temática do projecto, e o enquadramento do mesmo no contexto da Saúde, efectuar-se-á, a descrição do contexto em que decorreu e sua pertinência, a descrição da metodologia utilizada para a elaboração do diagnóstico de situação, a identificação das necessidades e avaliação das actividades desenvolvidas, bem como dos recursos utilizados.

Na segunda parte do relatório, faz-se a descrição e a análise reflexiva dos objectivos traçados, das actividades e dos recursos utilizados para a concretização dos mesmos no módulo II de estágio. Faz-se ainda nesta segunda parte do trabalho a apresentação do Projecto de intervenção que pode ser visto mais detalhadamente no (ANEXO VII) deste relatório.

Para finalizar na conclusão são apresentadas as principais reflexões, fazendo-se uma análise crítica e global do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, realçando os aspectos mais significativos assim como as principais dificuldades e limitações. Apresenta-se ainda nesta última parte do relatório os principais contributos deste estágio quer do ponto de vista pessoal, quer para a instituição e para a profissão, sem deixar de se referir contudo as principais sugestões de mudanças para o futuro.

Em anexo são apresentados os documentos que consideramos relevantes para a compreensão deste Relatório.

PARTE I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Na elaboração do diagnóstico da situação foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde, sendo competência dos enfermeiros especialistas, a sua mobilização para a prática de enfermagem dirigida a grupos e comunidades.

Esta metodologia tendo como principal finalidade identificar problemas e necessidades de saúde, obedece a um planeamento estratégico que se desenvolve num contínuo através de diferentes etapas que compreendem: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, elaboração de projectos, preparação da execução, execução e avaliação (IMPERATORI E GIRALDES, 1993; TAVARES, 1992).

Embora estas etapas não sejam estanques, visto o planeamento em saúde caracterizar-se pelo seu carácter contínuo e dinâmico, é importante o respeito por cada uma delas, condicionando uma atuação concertada e fundamentada em termos de intervenções da enfermagem ao nível comunitário.

Segundo estes autores, a primeira fase do planeamento, o diagnóstico de situação deve corresponder ao levantamento dos problemas/necessidades de saúde da população onde se pretende intervir. A concordância entre as necessidades sentidas e o diagnóstico de situação elaborado justifica a pertinência da intervenção. Este diagnóstico deve ser elaborado em equipa multisectorial e sempre com a participação da comunidade envolvida.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO DO PROJECTO NO CONTEXTO DA SAÚDE

1.1 - O Contexto Específico do Projecto: NACJR / ACES OEIRAS

Contextualizando o local de Estágio, o Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR) de Oeiras ocidental, ou "NACJúnior", como foi denominado, fica sediado no Edifício Oeiras (Avenida Salvador Allende) nas instalações da Unidade de Cuidados na Comunidade Saúdar, tendo dado início à sua actividade em Março de 2010.

A criação dos núcleos foi aprovada a 24 de Abril de 2007, pelo Despacho n.º 117 do Ministério da Saúde, em todos os Centros de Saúde e Hospitais com atendimento pediátrico do Serviço Nacional da Saúde, pela justificada relevância dos maus tratos enquanto problema de saúde e a necessidade de reforçar a capacidade de intervenção por parte dos serviços de saúde. Em conformidade, foi desenvolvido um projecto de constituição de uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco nos serviços de saúde, coordenado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e desenvolvido em colaboração com as administrações regionais de saúde (ARS) e respectivos centros de saúde e hospitais.

Neste âmbito, o despacho nº 31292/2008, publicado no Diário da Republica, 2ª série, nº236, de 5 de Dezembro, aprovou, o documento "Maus tratos em crianças e jovens — Intervenção da saúde", atribuindo-lhe a denominação de "Acção de saúde para crianças e jovens em risco" (ASCJR), introduzindo um conjunto de orientações técnicas, promovendo nas unidades de cuidados de saúde primários e hospitais do Sistema Nacional de Saúde com atendimento pediátrico a criação de equipas pluridisciplinares, designadas por núcleos de apoio a crianças e jovens em risco – NACJR, no primeiro caso, e por núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco – NHACJR, no segundo, que apoiem os profissionais de saúde nas intervenções neste domínio, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições.

De acordo com o supracitado despacho, os NACJR, desenvolvem a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sem perda da indispensável articulação interinstitucional e intersectorial, essencial ao cumprimento da sua missão.

No ACES Oeiras foram constituídos dois NACJR (nomeados por Despacho nº14/10 de 18 de Novembro 2010, pelo Director Executivo do ACES Oeiras, conforme o ponto 3.3 alínea a) e c) de Despacho do Ministério da Saúde nº31292/2008), designados segundo a área geográfica de abrangência, como, NACJr (Oeiras ocidental) e NACJR (Oeiras oriental), tendo em vista a descentralização da intervenção das equipas, aproximando-as mais das comunidades e dos parceiros de primeira linha na acção junto das crianças e jovens em risco.

O trabalho desenvolvido pelo NACJR, é conduzido por uma equipa multidisciplinar, constituída por cinco elementos, entre os quais: duas enfermeiras especialistas em Saúde infantil e pediatria; uma médica especialista em saúde pública, uma psicóloga, e uma técnica de Serviço Social. A Coordenação desta equipa está a cargo de uma das Enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. Beneficia ainda do apoio da Srª Enfermeira Luísa Horta e Costa, especialista em Enfermagem de Saúde Pública, como consultora, a qual articula a sua actividade profissional entre o ACES de Oeiras e a presidência da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras (CPCJO).

De salientar a constituição desta equipa técnica, tendo sido privilegiados profissionais que possuíam uma vasta experiência de trabalho nesta área de intervenção. Neste contexto, as enfermeiras especialistas que integraram a equipa, são consideradas elementos de referência na sua área de especialização, decorrente de terem assegurado e dado continuidade a diversos projectos ao longo da sua prática profissional, num sistema de trabalho de centralização do acompanhamento das crianças e jovens em risco e de articulação com os recursos da comunidade.

Esta equipa no âmbito das funções que lhes são atribuídas (conforme o ponto 3.5 do Despacho do Ministério da Saúde nº31292/2008), desenvolve as suas actividades, com a disponibilidade em tempo parcial dos seus elementos, reúne, por norma, com uma periodicidade semanal à 5ª feira, onde é feita a gestão de casos e sinalizações. Estas reuniões permitem ainda, aferir as dúvidas dos diferentes técnicos, planificação e tomada de decisão na gestão de situações que ultrapassem pela sua relevância em matéria de risco, as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição. Sempre que necessário, realiza reuniões extraordinárias. Desenvolve ainda diferentes iniciativas relacionadas com as actividades em desenvolvimento.

Os registos são efectuados em registo de papel e em suporte informático, através de uma ferramenta específica fornecida pela DGS. Como meios de contacto com o núcleo foi criado um *e-mail* próprio e um número de telefone directo.

O NACJR, sendo um serviço recentemente criado, constitui uma nova realidade para os ACES, implicando uma dinâmica de trabalho sustentada nas equipas médico/enfermeiro de família, das unidades funcionais, na sua coordenação e nas diferentes formas de articulação interna e externa. Propõe-se, a par de outros objectivos, promover uma acção coordenada em intercooperação com os diferentes profissionais das demais Unidades de Saúde Funcionais do ACES Oeiras Ocidental em que se integra, tendo em vista a promoção de boas práticas dos profissionais envolvidos na intervenção no risco de mau trato e negligência à criança e jovem.

De acordo com as indicações da DGS, o NACJR na fase inicial da sua implementação, deu prioridade a aspectos ligados à organização interna nomeadamente, a elaboração do regulamento interno, criação logótipo, o suporte de registos, o suporte informático, divulgação, parcerias e dinâmica da equipa.

Não obstante do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido, na reunião com a equipa multidisciplinar do NACJR, no início do estágio, foi reconhecido como objectivo prioritário consolidar uma rede de articulação interna entre os vários profissionais que integram e prestam cuidados nas unidades de saúde do ACES de Oeiras ocidental, que possibilite um trabalho sistematizado e articulado, onde todos os profissionais tenham a mesma linguagem e partilhem estratégias de intervenção. Esta equipa de trabalho, desenvolveu algumas actividades para o seu alcance, quer através da divulgação interna, transversalmente, a todos os coordenadores das unidades funcionais, com a colaboração da Direcção Executiva do ACES, quer através de reuniões efectuadas nas diversas unidades de saúde. Contudo, esta equipa percepcionou a existência de algumas dificuldades nomeadamente: a sinalização das situações de risco se manter de uma forma informal ao núcleo e os profissionais apresentarem dificuldades no preenchimento do instrumento de sinalização, entre outras, que impediam uma articulação mais efectiva.

Perante as necessidades detectadas, propôs-se como um dos objectivos gerais de estágio, operacionalizar no NACJR /ACES Oeiras ocidental um projecto de intervenção tendo em vista uma mais eficiente articulação funcional entre os diversos profissionais e equipas, que nos diferentes níveis de prestação de cuidados, trabalham na promoção da saúde de crianças e dos jovens.

Para a operacionalização do projecto, foi realizado no I módulo de estágio o diagnóstico da situação com o levantamento das necessidades dos profissionais das diversas UFs do ACES de Oeiras Ocidental, no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização a este serviço de situações de risco e mau trato, face à implementação do mesmo no segundo momento de estágio.

Na actual reforma dos cuidados de saúde primários, o Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio veio estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, estruturando-os em UF, dando especial ênfase às Unidades Saúde Familiar (USF), caracterizadas como as unidades elementares da prestação de cuidados de saúde. Cada uma das unidades funcionais assenta em equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa e técnica, todavia com uma missão específica bem definida. Não obstante, complementam-se entre si, mantendo uma permanente intercooperação, tendo em vista uma melhor articulação de prestação de cuidados e a obtenção de melhores níveis de saúde para todos os cidadãos.

As unidades familiares, são descritas por RAMOS (2006, p.6), como “pequenas equipas multiprofissionais, com carácter estrutural, com lideranças descentralizadas, com contratualização de compromissos de desempenho, responsabilização, avaliação sistemática e incentivos ao comportamento eficiente, podendo representar uma viragem substancial no panorama actual dos cuidados de saúde primários em Portugal”.

Estas unidades funcionais, foram posteriormente enquadradas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde, sendo que os ACES são serviços de saúde com autonomia jurídica, organizados em várias Unidades Funcionais (UF), integrando um ou mais centros de saúde tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

O Agrupamento de Centros de Saúde de Grande Lisboa IV — Oeiras é constituído pelos Centros de Saúde de Oeiras e Carnaxide e iniciou a sua actividade como ACES em Março de 2009, (portaria n.º 276/2009, de 18 de Março), tendo sido aprovado o seu regulamento interno a 03/12/2010, por deliberação do Conselho Directivo da ARSLVT, I. P., e publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 251 — 29 de Dezembro de 2010.

O ACES de Oeiras, como é designado, situa-se no concelho de Oeiras, que tem uma área geográfica de 45,84 km², é constituído por 10 Freguesias (Algés, Carnaxide, Cruz Quebrada-Dafundo, Linda -a -Velha, Queijas, Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos, Porto Salvo, Barcarena e Caxias), conforme representado na figura 1, onde reside uma população de 172.120 habitantes e 71.662 famílias cuja distribuição por escalão etário não apresenta alterações significativas em relação ao padrão nacional (dados dos resultados preliminares dos Censos de 2011).

Estão inscritos no Aces de Oeiras um total de 172.308 utentes no Sistema Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS, a 5/5/2011), distribuídos de uma forma homogénea, 86.669 utentes (50,3%) inscritos na área de Oeiras oriental e 85.639 (49.7%) na área de Oeiras Ocidental. Dos utentes inscritos 8.690 não têm médico de família o que representa 10.1% do total da população.

Figura 1 – Esquema das 10 freguesias abrangidas pelo ACES de Oeiras



Actualmente, organicamente o ACES Oeiras é constituído por 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 4 Unidades de Saúde Familiares (USF). Assim, o ACES de Oeiras detém nas mesmas instalações físicas duas modalidades de atendimento à família, (USF e UCSP).

As UCSP apresentam neste ACES, uma estrutura idêntica às USF, com equipas multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros e administrativos (conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro), contudo apresentam ainda uma diferença central que se situa na ausência de regulamentação e formalização legal como centro de custos e de resultados, conforme previsto no Artigo 10.º do supracitado diploma, concernente à criação e constituição do regime de organização e funcionamento dos ACES.

Esta desconformidade reflecte-se sobretudo na capacidade de autonomia organizacional das USF, que conduz à adopção de modalidades de gestão e remuneração associadas ao desempenho, promovendo um maior envolvimento profissional para atingir os objectivos contratualizados com as Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22

de Agosto). Este diploma determina ainda que as USF são avaliadas através de um conjunto de indicadores de desempenho: disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, traduzindo-se numa maior responsabilização e exigência para a obtenção de melhores resultados em saúde e com superior eficiência.

De acordo com as recomendações para constituição das USF da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006), a filosofia subjacente à criação destas unidades de saúde, assenta na concepção do trabalho em equipa, instituindo o perfil profissional do enfermeiro de família, o que permitirá aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde.

O novo modelo organizacional ACES, baseado num trabalho por objectivos em equipa multidisciplinar, e orientado para a prestação de cuidados personalizados a um grupo determinado de indivíduos/ famílias por área geográfica, aos três níveis de prevenção, fomentou uma importante mudança do método funcional (por actividades/programas) para um método de enfermeiro de referência, indiscutivelmente mais holístico e recompensador, o que nos permite concordar com (MCSP, 2008; OM, 2008), quando afirmam que este método de trabalho traz ganhos em saúde visíveis para os utentes/ famílias, assim como satisfação para os profissionais.

As restantes unidades funcionais, dentro do ACES, são de cariz transversal, sendo formadas por uma Unidade de Saúde Pública (USP), a quem cabe a gestão e avaliação dos programas de saúde, a gestão e avaliação dos dados epidemiológicos da área geodemográfica do respectivo Aces e a criação do observatório de Saúde; duas Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tem por missão trabalhar na comunidade "fora de portas", na área geodemográfica do respectivo Aces em projectos com outros parceiros da comunidade, dando resposta às populações e grupos de risco que possam estar ou não identificados ou sinalizados naquela população; uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), onde se englobam todas as áreas de especialidades que não estão inseridas dentro das outras unidades funcionais e que possam se partilhadas por estas (o serviço de Psicologia, o serviço Social). Existe ainda, um Gabinete do Cidadão e uma Unidade de Apoio à Gestão.

No cumprimento da sua missão de modo a garantir aos cidadãos e à comunidade onde está inserido, enquanto grupo-alvo da sua intervenção respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde o ACES de Oeiras, articula ainda através da participação e do estabelecimento de parcerias e protocolos com as estruturas e entidades da comunidade local e toda a rede social comunitária (Autarquias, Segurança Social, Instituições Privadas de Solidariedade Social, CPCJ, RSI, CLAS, Associações e outros grupos organizados na comunidade) e com os Hospitais e outros recursos de saúde.

Neste contexto, considera-se ainda importante referir que o NACJR, dá resposta à área geográfica do ACES de Oeiras Ocidental, ou seja abrange a população de cinco freguesias do conselho (Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo, Barcarena e Caxias), já referidas anteriormente, com um total de 85.639 utentes, segundo dados fornecidos pelo Sistema Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS, a 5/5/2011), dos quais 17564 inscritos nas unidades funcionais de saúde têm idades compreendidas entre 0-18 anos, o que corresponde a 20.5% desta população.

O ACES de Oeiras nesta zona ocidental congrega três espaços físicos e geográficos diferentes (edifícios Oeiras, Paço de Arcos e Barcarena). O edifício Oeiras situado na Avenida Salvador Allende é considerado a sede de todo o agrupamento, onde se situa o Conselho de Administração deste ACES e respectivos serviços de apoio administrativo. Neste edifício estão localizadas, 2 Unidades de Saúde Familiar, designadas por USF São Julião e USF Conde de Oeiras, 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidade de Cuidados na Comunidade denominada Saúdar, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, o Gabinete do Cidadão e a Unidade de Apoio à Gestão. Existe ainda o serviço de Psicologia, o Serviço Social, o Núcleo de Intervenção Comunitária e o NACJR. O serviço de farmácia e o laboratório de análises clínicas também se situam neste edifício.

No edifício em Paço de Arcos existe 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Unidades de Saúde Familiar, designada por Unidade Delta, a Unidade de Saúde Pública, e o serviço de Higiene Oral. No edifício Barcarena existe uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Em termos de recursos humanos, alocados às diversas unidades funcionais do Aces de Oeiras Ocidental, à data de 1 de Junho de 2011 (dados disponibilizados pelos serviços administrativos do ACES) existe um total de 142 profissionais entre os quais: 58 enfermeiros; 50 médicos de medicina geral e familiar; 30 assistentes técnicos; 2 psicólogos e 2 técnicos do serviço social.

1.2 - Conceitos, Dimensão, Tipologia e Principais Tipos de Abordagem do Fenómeno dos Maus Tratos Infantil

Apesar da actualidade da temática, os maus-tratos à criança não são, de modo algum, um problema recente, a violência contra as crianças existe presumivelmente desde sempre na História da Humanidade.

Embora tenhamos de ter em atenção a diversidade cultural e a perspectiva histórica, sem valorizar por comparação, culturas, valores e saberes, existem relatos na literatura desde a Antiguidade até aos dias de hoje, os quais, à luz dos conhecimentos actuais, consideramos de maus tratos, sob formas que actualmente encaramos de descomunal violência.

Desde a Antiguidade que são descritas práticas de recurso à morte de crianças, individualmente ou em grupo – o infanticídio –, a escravidão, o abandono em instituições, a exploração de trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a

mendicidade, ilustram a presença de variadas formas de violência, o que nos permite concluir, tal como Galhardo refere que "abusar das crianças é uma realidade desde que existe a raça humana" (GALHARDO 1994, p.17).

Todavia, foi particularmente nos dois últimos séculos, que as práticas de violência à criança, começaram a tomar a dimensão de maus-tratos. A partir século XIX dá-se início a uma lenta, mas gradual protecção às crianças, tendo evoluído, graças a uma progressiva consciencialização dos técnicos de saúde e da sociedade, ao considerarem a infância como uma etapa fundamental da vida com particularidades próprias.

Porém, só na década de 60, já em pleno século XX, começa a existir uma verdadeira tomada de consciência pela comunidade científica em relação à problemática dos maus-tratos infantis, sendo-lhe atribuída uma maior relevância enquanto problema social, provavelmente devido a um crescente número de casos de crianças que recorriam aos serviços de saúde com lesões não acidentais.

Para tal, foi essencial em 1962, a publicação do resultado dos estudos efectuados pelo médico Henry Kempe e seus colaboradores, onde descreve a síndrome "*The Battered Child*" – "a criança espancada" (Galhardo 1994). Na definição de Kempe, o conceito de maus tratos, surge sobretudo relacionado com os sintomas físicos apresentados pelas crianças vítimas de maus tratos, embora admita que "os factores psíquicos são provavelmente de suma importância na patogénese desta síndrome, mas o conhecimento destes factores é limitado" (citado por GALHARDO 1994, p. 23). Estava criado um novo conceito que a pesquisa iria desenvolver. O que veio despertar a atenção da comunidade em geral para esta problemática, resultando num movimento universal de desenvolvimento científico e técnico. Este conceito veio posteriormente a receber o contributo de outros investigadores no sentido de ampliar a sua clarificação e abrangência passando a ser definido como todo tipo de violência sofrida pela criança, ou seja passou a incluir para além da violência física, outras formas de violência como a violência emocional, o abandono, o défice nutricional e o abuso sexual. (GALHARDO 1994).

GALHARDO (1994) refere ainda que a partir de 1965, a expressão "*battered child*"- "criança espancada" é substituída, passando a ser utilizada na literatura sobre a denominação de "*Child Abuse*" - "*Criança Abusada*", o que se deveu sobretudo a diferentes perspectivas e mudança na abordagem desta problemática.

Diferentes disciplinas onde se incluem, entre outras, a pediatria, psicologia, psiquiatria, direito, serviço social, contribuíram para o mosaico de ideias, opiniões e conhecimento empírico que, segundo ZIGLER & HALL (1989), representam o que entendemos, e muito do que nos, falta ainda perceber, sobre o abuso à criança.

Finalmente, mas só em meados do século XX se começa a perspectivar a criança como "(...) um ser social, integrante e parte preciosa da sociedade" (CANHA, 2003, p. 22).

Foi neste século que as crianças viram os seus direitos assinalados através da “*Convenção sobre os Direitos da Criança*” adoptada pela Assembleia-Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal a 12 de Setembro de 1990 o que constitui, pelo seu carácter vinculativo, um marco de viragem política e legislativa no que respeita aos direitos da criança, passando esta a ser considerada um cidadão único com direitos próprios.

Contudo, e de acordo com ANDREOLI (2003), os direitos da criança estão ainda longe de serem entendidos como um dever de todos, e daí decorrerem ainda comportamentos e códigos de conduta que ponham em risco/perigo as crianças do século XXI.

O interesse crescente nos últimos tempos dos meios de comunicação social sobre o fenómeno do mau trato e da negligência, não só na divulgação de campanhas educativas como no relato de casos específicos, revelaram-se como essenciais no conhecimento e consciencialização da sociedade sobre esta problemática (GODDARD E SAUNDERS, 2001).

CICCHETTI & MANLY (2001) referem que as definições de mau trato e os seus esquemas de classificação variam ao longo do tempo, através dos diferentes padrões culturais, fronteiras geográficas e disciplinas profissionais. Estas definições caracterizam-se por uma amplitude, imprecisão e um estatuto vago levando a que não haja uma verdadeira uniformidade no que se entende por abuso, nem nos diferentes indicadores individuais, familiares ou sociais que se apresentam em cada tipologia (GIOVANNONI, 1989; ARRUABARRENA & DE PAUL, 1999). Associada a esta variabilidade de definições, acresce também a imprecisão dos dados obtidos a nível mundial.

No respeitante à definição de maus-tratos infantis, existe ainda no mundo académico uma profunda controvérsia, resultante dos diversos modelos teóricos através dos quais se tenta interpretar este fenómeno. Esta problemática ao apresentar uma multiplicidade de categorias dificulta a formulação de uma definição adequada.

A generalidade dos autores não nega a necessidade de encontrar uma definição de maus-tratos infantis com validação universal, baseada no princípio de que uma criança será sempre uma criança com as necessidades e interesses próprios, independentemente do lugar e cultura em que se insere, contudo consideram que não foi ainda encontrada uma suficientemente abrangente e simultaneamente "concreta". (RYCRAFF, 1990; ARRUABARRENA & DE PAÚL, 1999).

Para BARUDY (1998) estabelecer uma definição de maus-tratos infantis amplamente aceite que descreva operacionalmente o mau trato e suas tipologias, constitui um desafio importante, quer como base da compreensão desta problemática e conseqüentemente, decisão dos modelos de intervenção, quer no seu tratamento e prevenção.

Torna-se, porém, numa questão delicada, por se tratar de um problema de extrema complexidade, que acontece quase sempre dentro da esfera privada, trespassado por problemas de ordem ética e deontológica, e perante o qual é necessário muita sensatez.

Tendo em consideração o referido, entre as várias propostas de definição e tipologia de maus tratos encontradas optamos por mencionar algumas mais abrangentes.

De acordo com a OMS (1999, citada pela World Health Organization, 2006), o mau trato à criança, inclui todas as formas de deficiente tratamento físico e emocional, abuso sexual, negligência e exploração que provoca dano actual ou potencial para a saúde, desenvolvimento ou dignidade da criança no encadeamento de um ambiente relacional de responsabilidade, poder ou confiança.

Ainda segundo a Direcção Geral de Saúde – DGS - (2011, p.7) "os maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameaça a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima". A tipologia dos maus-tratos adoptada por esta entidade, incluem como refere por vezes associadas, o mau trato físico, negligência que compreende o abandono e a mendicidade, abuso sexual, mau trato psicológico/ emocional e a Síndrome de Munchausen por procuração.

Não obstante, a determinação de uma divisão tipológica de diferentes tipos de violência ou maus-tratos, torna-se, para alguns autores, uma forma puramente académica de compreender o problema, mais ligada ao campo teórico, visto que na prática aliada à diversidade de formas clínicas que é possível constatar torna-se difícil a detecção de formas tão bem delimitadas de maus tratos. (Barnett, Manly e Cichetti, 1991; Cichettie Olsen, 1990; Cristtenden, Claussen e Sugarman, 1994, citados por FIGUEIREDO, 1998; BARUDY, 1998; MARTÍNEZ ROIG E DE PAÚL, 1993). Segundo estes autores existem diferentes tipos de maus-tratos que ocorrerem de forma dinâmica e simultânea num mesmo sujeito, sendo difícil determinar limites entre os mesmos.

O actual sistema de protecção define as situações de perigo (nº2 do art.3º da Lei 147/99) e enuncia os motivos para as mesmas. O conceito legal de perigo para a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integra um risco com um grau de perigo muito provável ou acentuadamente possível, embora não traduzido já em efectivo dano.

O conceito de risco de ocorrência de maus tratos diz respeito a um perigo apenas potencial, eventual para a efectivação dos direitos da criança, caracterizando-se por ser mais amplo e abrangente do que as situações de perigo previstas na Lei, apresentando um carácter multifactorial, passível de persistir no tempo e que poderá apresentar-se em forma de omissão dos pais ou responsáveis pela sua guarda, comprometendo as necessidades básicas de natureza material ou afectiva das crianças ou jovens. O risco poderá tornar-se em perigo quando estes factores assumem uma maior amplitude. (DGS, 2007).

A este propósito a DGS (2007), refere ainda, que na maioria das situações os sinais e sintomas que caracterizam os denominados "sinais de alarme" de existência de uma situação de maus-tratos devem ser encarados apenas como "indicadores da possibilidade", como uma orientação para o diagnóstico, na medida em que não são "patognomónicos de um determinado tipo de maus-tratos". Por conseguinte é necessário na análise de cada situação, averiguar a presença de vários sinais e sintomas simultaneamente, assim como verificar a coerência das explicações apresentadas para a ocorrência da situação. Acrescenta ainda que para uma intervenção adequada, e em situação de dúvida, é indispensável fazer uma "leitura" da relação e do vínculo estabelecido, entre a criança e o seu cuidador. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, encontram-se numa posição privilegiada, para observar e avaliar de uma forma holística e integrada, através dos seus conhecimentos e com o bom senso necessário a estas situações, o meio familiar e a "Capacidade Parental" (DARO & COHN- DONNELLY, 2002) em assegurar as necessidades de desenvolvimento da criança são praticadas adequadamente. Quanto mais inadequado for o comportamento parental, relativamente ao que é espectável sobre as "tarefas parentais" essenciais (cuidados básicos; segurança; apoio emocional; orientação e limites; estimulação e estabilidade), mais se aproximará da classificação de maus-tratos (MARTINS 2002; DARO & COHN- DONNELLY 2002).

De facto é necessário termos presente, que os resultados dos estudos realizados actualmente apontam tendencialmente para o facto de numa mesma vítima, estarem presentes, diversos tipos de maus-tratos por vezes associados. A maioria das crianças vítima de maus-tratos é sujeita a diferentes tipos de maus-tratos simultaneamente e é alvo de práticas repetidas (FIGUEIREDO, 1998), pelo que, é fundamental termos consciência que o mau trato praticado sobre a criança tem um carácter recorrente e evolutivo, com consequências cada vez mais graves, que comprometem o seu desenvolvimento saudável e equilibrado. (CANHA 2003).

Para uma melhor compreensão desta problemática é indispensável estabelecer critérios operacionais (formas ou modalidades que o mau trato pode assumir contra as crianças) que possibilitem o seu estudo, e se possa traduzir numa posterior prevenção ou intervenção.

CALHEIROS (2006), numa revisão da literatura sobre a temática, indica diferentes ordens e dimensões do mau trato, faz uma distinção destes, com base nos actos (para o mau tratos) e omissões (para a negligência) parentais. Organiza as diversas formas de mau trato (físico e psicológico) e negligência (física ou psicológica) e abuso sexual.

Relativamente aos maus-tratos, CANHA (2003), refere que estes podem classificar-se em maus-tratos físicos, negligência, abuso sexual, mau trato psicológico e a síndrome de Manhausen por procuração.

O mau-trato físico é o tipo mais conhecido de mau-trato, podendo dar origem a lesões de diferente gravidade, podendo ser mesmo fatais. As lesões podem ou não deixar sinais externos (CÁNTON DUARTE E CORTÉS ARBOLEDA, 1997). Consiste em qualquer acção intencional e não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com

responsabilidade face à criança ou jovem, com o propósito de provocar imediato ou de uma forma latente dano físico. Abrange um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas. (DGS 2011, p. 8).

MAGALHÃES (2005) reporta-se à negligência como uma situação de difícil diagnóstico, classificando-a de tipos diversos, tais como: intra-uterina, física, emocional, escolar, mendicidade e abandono.

A Direcção Geral de Saúde (2011, p.7) na tipologia que estabelece em relação aos maus-tratos inclui no conceito de negligência, o abandono e a mendicidade. Compreende assim por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades fundamentais a nível físico, orgânico, psicológico, afectivo, social e cultural, imprescindíveis para o seu crescimento e desenvolvimento.

Este tipo de mau trato que, que normalmente é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma "activa", em que existe propósito de causar dano à vítima, ou "passiva", quando tem origem na ignorância, incompreensão ou incapacidade por parte dos pais, cuidadores, ou outros com responsabilidade face à criança.

Há autores que não estabelecem grande distinção entre negligência e abandono físico. Referindo-se ao abandono, MARTÍNEZ ROIG E DE PAÚL (1993), destacam que este seria o grau extremo de negligência. Estes autores referem a violência como um fenómeno silencioso e fácil de negar, na medida em que respeita a gestos não praticados e uma falta de acção causada pela indiferença. Alertam para o facto de não se dever aguardar que a criança apresente manifestações claras, ou seja vítima de um acidente, para se detectar este tipo de maus-tratos. A invisibilidade da negligência pode facilitar o agravamento ou a perpetuidade do fenómeno, com consequências graves para a criança, quer a curto quer a longo prazo e com a impunidade do agressor.

Relativamente à negligência na família, DUBOWITZ, BLACK, STARR E ZURAVIN (1993), declaram ser a forma mais comum do mau trato, constituindo mais de metade dos casos sinalizados aos serviços de protecção à criança nos Estados Unidos. Esta realidade é semelhante em Portugal, em que a negligência constitui a principal causa de referência de crianças e jovens, em todos os escalões etários, às CPCJs, conforme os dados do Relatório de 2010 da Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. (CNPCJR, 2011).

CANTÓN DUARTE E CORTES, ARBOLEDA (1997), referem que desde a década de 60, diferentes abordagens e modelos explicativos, foram sendo desenvolvidos no sentido de procurar identificar as principais causas que estão na origem dos maus tratos infantis. Contudo como sublinham, esses primeiros modelos (psicodinâmico, social-interacional, psiquiátrico), orientavam a sua análise para uma concepção unidireccional, enfatizando as características das crianças, os distúrbios psiquiátricos parentais, o contexto familiar em que ocorre o mau

trato, focalizando-se no mau trato como um conceito único, não considerando cada uma das diferentes tipologias. Ainda segundo os mesmos autores, estes modelos não vingaram por serem demasiado simplistas e redutores e não terem em consideração os factores de ordem social, económica e cultural que conjugados com factores individuais podem provocar ou favorecer o desencadear de situações de maus tratos.

Com a integração do modelo ecológico e o modelo sistémico, a investigação passou a ser orientada para uma perspectiva holística e dinâmica, passando a integrar aspectos individuais, sociais, económicos e culturais que permanentemente interagem entre si (MARTÍNEZ ROIG E DE PAÚL, 1993).

Na actualidade a generalidade dos autores é partidária da ideia de que para compreender o fenómeno do mau trato, e aprofundar o conhecimento acerca das suas causas é importante adoptar uma perspectiva ecológica de modo a compreender melhor a diversidade de factores, inscritos em diferentes níveis sistémicos. (BELSKY, 1993;CICCHETTI &TOTH, 2005; SWENSON & CHAFFIN, 2006).

Contudo, DE PAÚL E ARRUABARRENA MADARIAGA (1996) consideram que apesar de ter havido nos últimos tempos uma intensificação de trabalhos de investigação sobre os maus tratos infantis e a adopção de perspectivas mais globais e complexas, existe um lapso de tempo muito escasso, que não permite ainda aos investigadores conhecer e validar empiricamente os modelos teóricos desenvolvidos e assim dar resposta adequada a todas as situações de mau trato.

LEANDRO (1988) salienta que o fenómeno dos maus tratos é uma realidade humana complexa e que exige interdisciplinaridade, sistémica e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer no das acções para o prevenir ou no das respostas aos casos que não foi possível evitar. Defende ainda que esta interdisciplinaridade, não implica a perda de identidade dos diversos profissionais, mas antes uma conjugação de esforços que em interligação, valorizará os papéis e funções de cada um. Segundo a visão deste autor não existe uma só perspectiva para analisar o problema que seja suficientemente compreensiva e actuante se desligada de outras e desinserida de um projecto de intervenção que envolva uma estratégia global e coordenada.

1.3 - Enquadramento Legal e de Saúde

Na actual Constituição da República Portuguesa, o direito à saúde encontra-se consignado no artigo 64º, considerando que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”, o artigo 67º reconhece a família como elemento fundamental da sociedade e o artigo 68º estatui que “os pais e as mães têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação aos filhos (...)”.

A garantia destes direitos atribuí ao Estado a incumbência na criação e manutenção diversas entidades, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde, consagrado como universal, geral e tendencialmente gratuito.

A "*Convenção Sobre os Direitos da Criança*" (MAGALHÃES, 2005; CANHA, 2000) assinada em Janeiro de 1990, e ratificada pelo Estado Português, no mesmo ano, conforme a Resolução da Assembleia da República nº 20/90, advoga a necessidade de cuidados especiais às crianças e os jovens, considerando a sua protecção sinónimo dos seus direitos individuais, económicos, sociais, e culturais.

Em conformidade, as políticas de saúde adoptadas, têm vindo a considerar a Criança e a Família como prioridade de intervenção. Deste modo, a OMS, durante a Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1998, integra nas estratégias da política de saúde para todos no século XXI, como estratégias prioritárias, entre outras Cuidados de Saúde Primários integrados e orientados para a Família e para a Comunidade (WHO, 1999).

Dando corpo ao consagrado nas convenções internacionais ratificadas pelo Estado e ao posicionamento das mais recentes indicações de intervenção em termos de políticas de saúde, decorreu em Portugal uma reestruturação do edifício legislativo, no estabelecimento de regras e quadros jurídicos próprios que assegurem às crianças e jovens a efectivação dos seus direitos.

Assim, a Lei de Bases da saúde (Lei 48/90), veio conferir 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. Enfatiza o papel primordial dos CSP no sistema de saúde, referindo " *o sistema de saúde assenta nos CSP, que devem situar-se junto das comunidades; deve ser promovida intensa articulação entre os vários níveis de cuidados*".

Com estas alterações, novos desafios e responsabilidades foram colocados aos serviços de saúde no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde nos indivíduos nessa faixa etária.

A DGS (2007), ao considerar os maus tratos às crianças e jovens como "*um problema de saúde grave que afecta uma larga parcela da população nas primeiras décadas de vida*", com consequências que podem deixar "*marcas profundas nos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital*", reforça a necessidade e legitimidade de intervenção dos serviços de saúde nesta problemática, quando refere que "*actualmente a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro)*" (Ibidem: p.4).

A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, criada em 1999, tendo entrado em vigor em Janeiro de 2001, tem como principal objectivo "*a promoção dos direitos e a protecção da*

crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral". Esta lei para além da definição de criança em situação de perigo e das situações consideradas de perigo, reconhece, os pais, a família, a sociedade e o Estado, como garantes na cooperação e na intervenção, de modo a assegurar a promoção dos direitos e protecção das mesmas.

Este diploma define o conceito de "superior interesse da criança ", na perspectiva do respeito pelos seus direitos, constituindo-se como princípio orientador da intervenção em matéria de crianças e jovens em situação de perigo, às entidades com competências em matéria de infância e juventude, comissões de protecção de crianças e jovens e tribunais. O mesmo diploma estatui, no seu artigo 4º, os princípios orientadores da intervenção, considerando que a mesma deve ser precoce e mínima, deve " ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida e ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja acção seja indispensável à afectiva promoção dos direitos e à protecção da criança e do jovem em perigo".

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança obedece a vários princípios, entre os quais o princípio da subsidiariedade (artigo 4º, alínea j), o qual estatui que " a intervenção deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competências em matéria de infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças e jovens, e em última instância pelos tribunais", constituindo-se, desta forma, uma pirâmide de Protecção.

Figura 2 – Modelo dos níveis de Intervenção das entidades com legitimidade para intervir no âmbito da Lei de Protecção das Crianças e Jovens em Perigo



Fonte: Portal CNPCJ (2011)

Deste modo, a figura 2 representa os três patamares de intervenção junto de crianças ou jovens em risco ou em perigo, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro). De acordo com esta, a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção:

No primeiro nível, o social, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude ou seja, as entidades implementadas na comunidade, as que têm acção privilegiada em domínios como os 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; A este nível a intervenção só pode ser efectuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem (art.º 7º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

No segundo nível, administrativo, cabe às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), intervir nas situações de perigo, mas igualmente diante o consentimento dos pais, legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem (art. 9º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

No terceiro nível, administrativo, situa-se à intervenção judicial (Tribunal / Ministério Público), que se pretende residual. Na impossibilidade de intervenção das Comissões de Protecção (ausência de consentimento dos progenitores ou por incumprimento reiterado do acordo de promoção e protecção). O tribunal procede à apreciação e avaliação das situações, e caso se verifique perigo pode proceder à aplicação de uma Medida de Promoção e Protecção.

Atendendo que as instituições do sistema de Saúde são entidades de primeira linha de intervenção, os CSP enquadram-se neste contexto de responsabilidades partilhadas por outros actores da comunidade, assumindo no um papel de grande relevância.

Compete assim aos profissionais de saúde, nomeadamente aos Enfermeiros, dar respostas adequadas, efectivas e exequíveis as populações a que prestam assistência, sendo sua inerente responsabilidade a "detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, nesta matéria no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos". (DGS 2007, p.19).

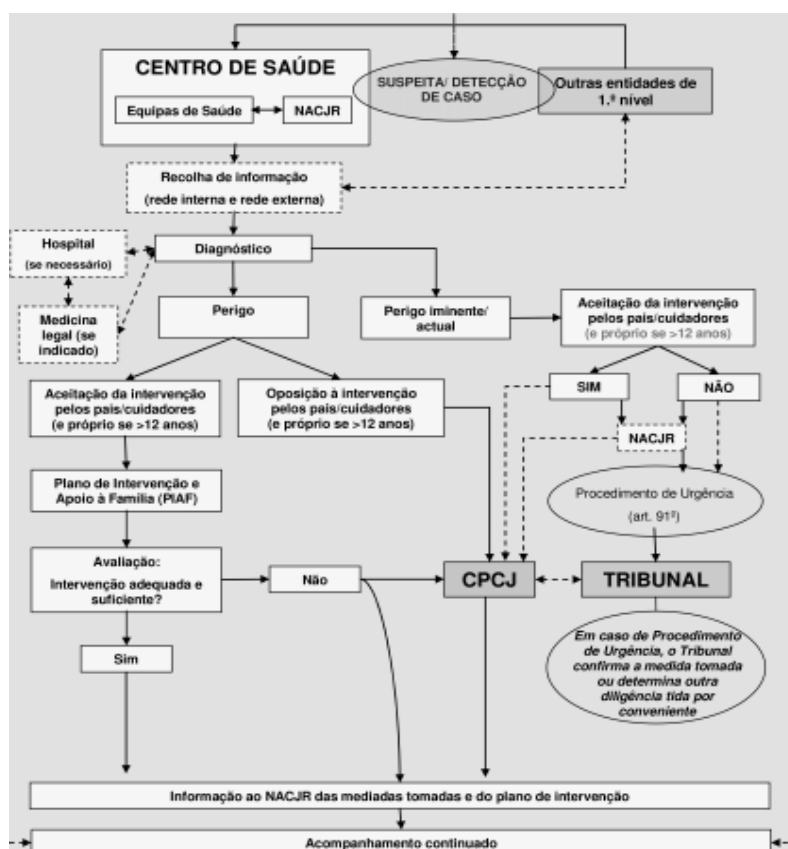
Segundo a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, preconiza-se que os NACJR, implementados nos ACES, desempenhem as seguintes funções:

- Sensibilizar e esclarecer os profissionais das diferentes áreas e unidades funcionais sobre a problemática das crianças e jovens em risco;
- Divulgar informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Coligir e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens em articulação com as estruturas de vigilância de saúde pública em âmbito institucional;
- Funcionar como consultadoria e referência aos profissionais e equipas de saúde no que concerne à sinalização, gestão, e encaminhamento das situações detectadas;
- Gerir, a título excepcional, as situações que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, ultrapassem as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
- Fomentar a organização e o estabelecimento de uma cooperação efectiva entre profissionais, serviços e unidades funcionais da instituição, que de alguma forma, prestam cuidados a crianças e jovens em situações de risco e perigo;

- Mobilizar a rede de recursos da instituição e das entidades da comunidade com competência na área da infância e juventude, de forma a assegurar o acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco;
- Colaborar com outros intreluctores, projectos e recursos comunitários que no primeiro nível de intervenção contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco, de modo a fomentar o princípio da subsidiariedade nesta matéria;
- Estabelecer uma articulação funcional com os restantes Núcleos constituintes da rede a nível de cuidados primários e a nível hospitalar, e com as instâncias de segundo e terceiro nível de intervenção, concretamente, as Comissões de Protecção de crianças e Jovens, Ministério Público e Tribunais de acordo com a legislação em vigor.

A figura 3 é a representação esquemática da intervenção do NACJR e respectiva articulação a nível interno (com o próprio Aces) e externo (outras entidades dos diferentes níveis de intervenção), sempre que se verifique uma suspeita ou seja confirmada uma situação de maus tratos em crianças e jovens.

Figura 3 – Intervenção nos Centros de Saúde



Fonte: Despacho n.º 31292/2008 (Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008 p. 49216).

Como já anteriormente referido, é a diferença entre situações de risco e de perigo, que determina os diferentes níveis de responsabilidade e legitimidade de intervenção.

Desta forma a acção dos serviços de Saúde, a nível dos CSP, tem responsabilidade de intervenção no risco. Eventualmente a intervenção no perigo deve ser iniciada por estas entidades, transitando para a CPCJ apenas quando não seja possível às mesmas actuar de forma suficiente para remover o perigo.

Segundo, WARNER E HANSEN (1994) o processo de identificação de uma situação de risco e a sua sinalização aos serviços de protecção é conceptualizado de acordo com as perspectivas dos profissionais de saúde, como um sistema complexo que engloba quatro fases distintas.

A primeira, definida como de reconhecimento e avaliação, é efectuada através da recolha alargada e dirigida de informação que possa sustentar ou negar a possibilidade de mau trato e/ou negligência. Uma segunda fase de identificação ou “diagnóstico”, ou seja, a decisão de considerar uma provável situação de mau trato ou negligência. A terceira fase constitui a sinalização aos serviços de protecção e, por fim, uma quarta fase de validação, entendida como o retorno de informação por estes serviços de protecção.

1.4 - Situação/área problemática a desenvolver

A enfermagem comunitária é “a área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a de saúde pública numa prática centrada na população e que se destina a promover e preservar a saúde das comunidades” (STANHOPE E LANCASTER, 1999, p.196).

O enfermeiro enquanto responsável para com a comunidade” (...) na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade de cuidados de enfermagem” (CDE, 1998, Artigo 80º alínea a, b, e c).

A situação problemática identificada e conducente à realização deste estágio decorreu da percepção da subsistência de algumas dificuldades na articulação entre o NACJR e as equipas de saúde funcionais do ACES de Oeiras ocidental, especificamente durante o processo de sinalização de situações de risco e mau trato ao NACJR.

De facto, as unidades funcionais de saúde, pela sua acção ao longo das diferentes fases do ciclo de vida e pelos seus diversos programas de acção preventiva, reúnem condições

efectivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a detecção, acompanhamento e encaminhamento de casos problemáticos.

Os profissionais de saúde, são frequentemente os primeiros a suspeitar de uma situação de risco e perceber as situações ainda num momento em que não são visíveis sinais ou sintomas concretos, facilitando uma intervenção com a família mais atempada e prevenindo ou diminuindo as consequências. (VULLIAMY E SULLIVAN, 2000).

Não obstante, da relevância do fenómeno em termos de intervenção, a sinalização e o encaminhamento, bem como a detecção de sinais de risco, nem sempre constitui uma tarefa simples para os profissionais de saúde.

A DGS (2007) refere que diversas barreiras têm dificultado uma acção mais efectiva neste domínio. Destacando o défice de informação e preparação técnica dos profissionais, desconhecimento das redes de apoio, desconforto em lidar com situações de mau trato, nomeadamente o abuso sexual, ausência de protocolos formais e de apoio institucional para respostas adequadas, como alguns exemplos dos constrangimentos identificados.

WARD ET AL. (2004), referem diversos estudos em que foi possível concluir a falta de preparação dos profissionais de saúde (médicos, psiquiatras, pediatras americanos e pediatras do serviço de urgência), para lidar com a problemática do mau trato e negligência à criança.

Compreender a forma como é vivida e percebida pelos profissionais das unidades funcionais, a adequação dos processos subjacentes à articulação com o NACJR, poderá ser o veículo para a obtenção de subsídios no aperfeiçoamento dessa articulação funcional e consequentemente uma melhoria na adequação e concertação das respostas ao problema do mau trato e negligência à criança e jovem no primeiro nível de intervenção.

Tendo por base, a necessidade identificada, considerou-se pertinente desenvolver um projecto com a finalidade de aperfeiçoar os modelos organizativos, e a sua operacionalidade de funcionamento entre as unidades funcionais e o NACJR do ACES de Oeiras ocidental.

Deste modo, a área problemática a desenvolver neste estágio centra-se na importância de uma intervenção articulada entre serviços e integrada no NACJR a nível de CSP, como entidade de primeira linha no âmbito da saúde, tendo em vista o funcionamento de uma efectiva rede de apoio na prevenção e protecção de crianças e jovens em risco a este nível de intervenção e consequentemente na diminuição das situações de risco, sinalizadas à CPCJO.

1.5 - Objectivos Gerais do Estágio

Como **objectivos Gerais** para o estágio, foram traçados os seguintes:

- ✓ Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, em conformidade com o grau de Mestre.
- ✓ Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia do planeamento em saúde na programação das actividades e de intervir na comunidade segundo uma perspectiva profissional avançada.
- ✓ Demonstrar a capacidade de utilização de uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde na comunidade para a gestão de programas e serviços de saúde.
- ✓ Promover a dimensão ética nos cuidados de enfermagem prestados à criança/família.
- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem as crianças/famílias, em situações de grande complexidade, como são as situações de risco, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.
- ✓ Contribuir para a sensibilização e motivação dos profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e intervenção precoce das situações de risco.
- ✓ Operacionalizar no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do ACES de Oeiras ocidental um projecto de intervenção tendo em vista uma mais eficiente articulação funcional entre todos os profissionais e equipas, que nos diferentes níveis de prestação de cuidados, trabalham na promoção da saúde de crianças e dos jovens.

No que respeita à pertinência destes objectivos, importa referir que foram delineados tendo por base as competências a desenvolver de acordo com o Regulamento Geral (RG) do Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional, em sintonia com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), e também por se enquadrarem no Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem – REPE (decreto-lei n.º 161/96), assim como na Carreira Especial de Enfermagem.

Cabe à Ordem dos Enfermeiros a responsabilidade de promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como fazer o reconhecimento da habilitação para o exercício da profissão.

Deste modo, e considerando o REPE, este legítima, que 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 quem foi conferido 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, rectificado pelo novo estatuto da Ordem dos Enfermeiros (nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro; Artigo 7º, Ponto 3).

De acordo com a recente reestruturação, a Carreira Especial de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro), estabelece duas categorias, Enfermeiro e Enfermeiro Principal, as quais reflectem uma diferenciação de conteúdos funcionais, sendo impreterível nos termos do Artigo 12º, Ponto 3, para aceder à categoria de enfermeiro principal, ser detentor

conjuntamente do título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e um mínimo de 5 anos de experiência efectiva no exercício da profissão. (PORTUGAL, 2009 a).

Ao longo da implementação do projecto, esta subjacente o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, defendidas pela OE (2010), e pelo Regulamento Geral do Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional, quando referem que os futuros enfermeiros especialistas devem ser responsáveis pelos processos de saúde das pessoas, grupos ou comunidades, tendo que adquirir e/ou desenvolver competências específicas na área de formação académica a que se propõem. Com este propósito estabeleceu-se com base na metodologia do Planeamento em Saúde, tendo presente a promoção da dimensão ética nos cuidados de enfermagem, ao indivíduo/família ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades e integrando a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

O enfermeiro enquanto responsável para com a comunidade"(...) na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade de cuidados de enfermagem", [CDE, 1998 ARTº 80 alínea a) b) e c)], (PORTUGAL, 2009).

De facto, nos termos do n.º 1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro". Constitui um princípio orientador do exercício profissional de enfermagem, nos termos da alínea b) do nºs 3 do Artigo 78º do CDE, "o respeito pelos direitos humanos". (PORTUGAL, 2009).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro) afirma no seu artigo 81.º que o Enfermeiro no seu exercício observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de "salvaguardar os direitos da criança, protegendo-as de qualquer forma de abuso". (PORTUGAL, 2009).

Nesta perspectiva, o Enfermeiro enquanto profissional da saúde no geral e como profissional de cuidado humano em particular, assume, um papel primordial na defesa dos direitos da criança (OE, 2007).

Sendo a saúde, um espaço de intervenção interdisciplinar, concordamos com HESBEEN (1998:118), quando afirma que " a organização da prática de enfermagem (...) não é aceitável se for concebida isoladamente do conjunto mais vasto e mais complexo que é a organização da prática de cuidados que (...) se baseia numa abordagem decididamente multiprofissional".

O princípio da complementaridade funcional na articulação com os demais profissionais de saúde e o princípio da autonomia de exercício profissional para o exercício da profissão de Enfermagem, está definido no Decreto-lei nº 161/96 – REPE, que estabelece que o Enfermeiro exerce com autonomia as suas acções, de acordo com as suas qualificações e responsabilidade profissionais, o que implica que o enfermeiro assume a tomada de decisão com base em conhecimento científico próprio e exclusiva responsabilidade [artigo 9º, ponto 2] (OE, 2006).

Como princípio de complementaridade funcional, através do trabalho em equipa, entre o Enfermeiro e as demais profissões de saúde, o artigo 8º, ponto 3, refere que "Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional." (OE, 2006).

Estes princípios encontram-se reflectidos e integrados no Código Deontológico, que prescreve que o Enfermeiro tem como valor universal a observar, na relação profissional "a competência e o aperfeiçoamento profissional" (Artigo 78º, alínea e) e enquanto membro da equipa de saúde, assume o dever de "actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde" (Artigo 91º, alínea a) "trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde" (Artigo 91º, alínea b) "integrar a equipa de saúde, (...) nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços". " (Artigo 91º, alínea c). Também é seu dever, no respeito pelo direito ao cuidado " orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência" (Artigo 83º, alínea b). (PORTUGAL, 2009).

Assim e numa análise reflexiva, relativamente ao conjunto de objectivos traçados, considera-se que os mesmos foram na sua globalidade alcançados. As actividades desenvolvidas ao longo do Estágio, de acordo com os cronogramas estabelecidos (ANEXO I), contribuiram não só para a aquisição de conhecimentos e competências de especialista, como também para o crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira no âmbito dos CSP.

CAPÍTULO 2 – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

O sucesso do planeamento em saúde passa por responder eficazmente às necessidades da população, identificadas na etapa do diagnóstico da situação. Nesta perspectiva, o diagnóstico de situação alicerça-se na noção de causalidade e na relação directa entre a concordância do mesmo e as necessidades encontradas/sentidas, o que por sua vez será o que irá determinar a pertinência do projecto e das suas actividades (IMPERATORI E GIRALDES, 1993).

Ressalta-se a importância deste aspecto, não só pela qualidade da informação a recolher (segura, adequada, recente e ajustada às necessidades de planeamento), como também pelo acolhimento das medidas e mudança que se pretendam posteriormente implementar. Essa mudança pode dirigir-se tanto à população como aos técnicos (idem, p.24), visando nestes últimos, mudanças nos procedimentos das suas actividades ou metodologias de trabalho.

IMPERATORI E GIRALDES (1993) estabelecem quatro fases, durante a elaboração do diagnóstico: exploratória, descritiva, explicativa e prognóstica (idem, p. 49). A fase exploratória está directamente relacionada com a qualidade e a quantidade de informação. Esta análise pode incluir avaliação de aspectos de difícil quantificação, para os quais se deve usar uma metodologia qualitativa. As restantes etapas do planeamento em saúde dependem da correcção, da adequabilidade e da profundidade do diagnóstico, no qual os sistemas de informação têm uma função decisiva.

As actividades que foram efectuadas, tendo em vista a confirmação da situação problemática identificada, nesta fase do planeamento em saúde, procuraram objectar os princípios enunciados. Assim, e neste seguimento proceder-se-á à descrição das actividades desenvolvidas, após o estabelecimento de objectivos específicos.

2.1 – Objectivos Específicos do Módulo I de Estágio

Os **Objectivos específicos** traçados para o primeiro Módulo de estágio foram:

1 - Caracterizar a área programática do ACES de Oeiras, a estrutura física e organizacional do mesmo, e do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do ACES de Oeiras ocidental.

2 - Promover a integração na equipa multiprofissional do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do ACES de Oeiras ocidental.

3 - Conhecer a percepção dos profissionais de saúde das diversas UF no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização de situações de risco e mau trato.

4 - Realizar consulta bibliográfica sobre a temática em estudo.

Não tendo sido traçado inicialmente, surgiu posteriormente por sugestão da enfermeira orientadora deste estágio, o seguinte objectivo:

5 - Conhecer a dinâmica e funcionamento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras.

A avaliação das necessidades correspondeu ao momento I do Estágio que decorreu de 25 de Abril a 18 de Junho de 2011. Para a consecução destes objectivos específicos, respeitou-se o cronograma do desenvolvimento das actividades previamente elaborado (ANEXO I a).

2.2 – Actividades Desenvolvidas e Recursos Utilizados

Actividades para concretização do objectivo 1:

- **Actividade:** Caracterização da área programática física e organizacional do ACES de Oeiras e do NACJR de Oeiras ocidental.

Feita sumariamente quando da caracterização do local de estágio no primeiro capítulo deste trabalho. Esta actividade permitiu adquirir um conhecimento mais amplo em termos epidemiológicos, demográficos, e estruturais da área de abrangência do ACES de Oeiras e do NACJR.

Como recursos humanos para esta actividade, foi solicitada colaboração dos serviços administrativos do ACES Oeiras, que forneceram através da consulta do Sistema Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) a listagem do número total de utentes inscritos com e sem Médico de Família atribuído, por Unidade Funcional e por escalões etários. Sendo que *a posteriori* a mestrandia agrupou manualmente os utentes por área geodemográfica das cinco freguesias respeitantes as unidades funcionais da área do ACES de Oeiras Ocidental, permitindo ter o conhecimento do número de crianças/ jovens com idade entre 0-18 anos, inscritos na área de abrangência do NACJR.

Como recursos materiais e tecnológicos, a recolha de informação fez-se através de consulta de relatórios de actividades do ACES e dados do Instituto Nacional de Estatística. Foi necessário o uso de papel, impressora e computador.

Esta actividade implicou ainda o recurso temporal de cerca de dois dias de trabalho.

Procurou-se com esta actividade desenvolver especialmente as competências:

- ✓ Demonstrar capacidade de avaliação de situações e planeamento em saúde na área de especialização;

Actividades para concretização do objectivo 2:

- **Actividade:** Integração no NACJR de Oeiras ocidental e respectiva equipa.

Embora o estágio tenha sido efectuado em contexto institucional, e de existir um conhecimento prévio das diversas unidades funcionais, nomeadamente do NACJR, subsistia algum desconhecimento em relação ao seu funcionamento e à dinâmica de trabalho desenvolvida por esta equipa de trabalho. Tornou-se por isso necessário haver um período de integração para apreender as suas especificidades, o que foi ocorrendo ao longo do estágio, contudo considera-se que foi mais evidente nas três primeiras semanas, tal como previsto no cronograma de actividades (ver ANEXO I b). Foi necessário este recurso temporal no espaço do núcleo para concretizar esta actividade, o que aconteceu também com o envolvimento dos recursos materiais da mesma (computadores, plataforma informática, sistema de registo em suporte informático e registo de papel, documentos técnicos, entre outros).

O contacto com o sistema informático permitiu conhecer a plataforma informática vigente, criada especificamente para os NACJRs a nível nacional, revelando-se um instrumento central no processo de registo e organização da informação casuística (caracterização sócio-demográfica; motivo de sinalização; quem sinaliza; diagnóstico; Intervenção; encaminhamento) sobre as situações de maus-tratos em crianças e jovens sinalizadas ao núcleo. Contudo verificou-se que subsistem ainda alguns constrangimentos na utilização da mesma, sobretudo no que se refere à tipologia das situações detectadas e as categorias que a plataforma apresenta. Esta plataforma encontra-se ainda em fase de experimental, perspectivando-se a sua optimização. Constatamos que na casuística do NACJR referente ao Ano 2010, foram sinalizadas a este serviço um total de 96 situações de crianças e jovens em risco, das quais 72 casos pela sua complexidade foram acompanhados por esta equipa multidisciplinar. Das situações em acompanhamento, 13 foram arquivados, 5 transitaram para o 2º nível de intervenção (CPCJO), e as restantes 59 situações transitaram, mantendo-se em acompanhamento no ano 2011. Relativamente à tipologia das situações sinalizadas, a negligência (inclui abandono) constou como o principal motivo de sinalização, seguida dos maus tratos psicológicos (inclui abuso emocional), maus tratos físicos e abuso sexual. Este contacto permitiu reflectir sobre esta temática, perspectivando-se a médio e longo prazo um contributo significativo da actividade do NACJR, para a redução da sinalização destes casos à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras.

No que concerne aos recursos humanos, já existia um conhecimento prévio de todos os elementos da equipa, o que facilitou a integração, salientando-se o gratificante acolhimento por parte de todos os elementos desta equipa de trabalho.

O período de integração possibilitou ainda fazer uma reflexão sobre o enquadramento legislativo e jurídico dos NACJRs, no âmbito da saúde e dos ACES, enquanto entidades do primeiro nível de intervenção, e na relevância das suas funções para o desenvolvimento de uma rede de comunicação entre os diversos profissionais e intervenientes, evitando-se repetição de actuações ou a sua descoordenação.

Foi ainda importante contactar com as principais variáveis demográficas e sociais na abordagem a criança e jovens e risco/perigo, cuja leitura passou necessariamente pela

abordagem sobre as suas famílias, destacando-se as desigualdades sociais e económicas que ainda se mantêm para muitas delas.

A este propósito SARMENTO & VIEGAS (2010), referem que segundo as estatísticas a nível internacional, Portugal é referido um dos oito países da UE, com registo de taxas mais elevadas de pobreza infantil. A União Europeia (UE 2006), através dos dados provenientes do seu Gabinete de Estatísticas (Eurostat) define pobreza infantil relativamente às crianças entre os 0-17 anos que vivem em agregados cujo rendimento disponível é equivalente ou inferior a 60% do rendimento médio. A pobreza infantil caracteriza-se assim, por uma realidade multifacetada, que indicia situações de negação de direitos humanos fundamentais e de carência em áreas essenciais ao bem-estar da criança. (BASTOS ET AL, 2008).

- o **Actividade:** Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar do NACJR

Ao longo do período total de Estágio (módulos I e II), tivemos ocasião de participar em 11 reuniões desta equipa multiprofissional, onde estiveram presentes diversos profissionais de saúde – a Coordenadora (Enfermeira especialista em Pediatria e Saúde Infantil) e restante equipa nuclear: enfermeira especialista em Pediatria e Saúde Infantil; Médica Especialista em Saúde Pública; Assistente Social; Psicóloga; Consultora (Enfermeira especialista em Saúde Pública, Mestre em Intervenção Comunitária e Protecção de Menores pelo Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) e simultaneamente orientadora do estágio). Também estiveram presentes em algumas reuniões: estagiários do Internato Complementar de Medicina; estagiários do curso de Psicologia; estagiária do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

O funcionamento do NACJR rege-se pela Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, já referida anteriormente neste relatório quanto as suas funções.

A equipa multiprofissional de saúde do NACJR de Oeiras ocidental, reúne-se semanalmente (habitualmente à quinta-feira) para discutir os casos das crianças que acompanha e planear as estratégias de intervenções dos profissionais da equipa, de forma a tornar mais eficaz o trabalho de todos e de proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade.

Participamos directamente nas referidas reuniões, com estatuto de mestranda, e semelhante ao dos demais participantes. A observação do funcionamento da equipa e da dinâmica de trabalho, constituiu um momento privilegiado na observação dos profissionais e as interacções que se registaram entre eles, assim como na análise da metodologia de trabalho utilizada neste contexto de reunião da equipa multiprofissional. Assim, a observação das atitudes dos diversos intervenientes foi efectuada essencialmente através de um método de observação participante e registo num diário de estágio.

No que respeita a procedimentos e metodologias, a coordenadora do NACJR, é o profissional que conduziu geralmente as reuniões. Verifica-se uma uniformidade na metodologia utilizada, ou seja em todas as reuniões há uma tentativa de respeitar uma estrutura pré definida,

realizando-se no início de cada reunião, uma leitura da acta da reunião anterior, seguindo-se a apreciação das recentes sinalizações recebidas, (enviadas normalmente pelos profissionais das UF do ACES) a abertura de processos e consequente distribuição dos "novos" casos pelos profissionais da equipa nuclear, designando-se por "Gestor de Caso", o profissional que fica directamente responsável pelo acompanhamento daquela situação. Este pode solicitar a intervenção de outro profissional da equipa se entender ser pertinente.

Posteriormente, a esta distribuição de casos, realiza-se o ponto da situação dos casos em acompanhamento através da apresentação do mesmo pelo respectivo "Gestor de Caso".

O Gestor de Caso é escolhido entre os representantes da equipa de acordo com o perfil que melhor se adequa às necessidades concretas identificadas na criança/família e disponibilidade do técnico. Compete ao Gestor de Caso, para além de garantir a articulação entre os apoios disponíveis, participar, em conjunto com a família, na identificação dos recursos, preocupações e prioridades, promovendo uma tomada de decisões consciente e informada.

O Gestor de Caso, neste contexto é o profissional que está responsável por coordenar aquela situação. Este refere as intervenções realizadas, a sua evolução e o planeamento de estratégias que propõe utilizar na situação daquela criança ou jovem/ família. Durante e após esta apresentação qualquer dos profissionais pode e deve introduzir as suas sugestões. O Gestor de caso de uma situação, muitas vezes, solicita a participação de um profissional em particular devido à especificidade da sua formação, tornando-o um recurso essencial para a resolução de uma dificuldade detectada. Consideramos relevante a intervenção espontânea dos profissionais, o que demonstra interesse e motivação para intervir.

A estrutura das reuniões incentiva oportunamente à participação de todos os seus participantes, sobretudo no momento da discussão dos casos, tornando-se o a criança / jovem/família o foco do Cuidar, em todas as suas vertentes de uma forma holística. Consideramos estes momentos como uma importante troca de experiências e promotores de partilha e de reflexão, onde a tomada de decisão é um processo validado, partilhado e reflectido por todos os elementos da equipa.

No final das reuniões foi sempre deixado um espaço em aberto, onde foi dada informação sobre as intervenções em curso relativas à difusão do núcleo a nível interno e externo, divulgação de formações, comunicações e iniciativas de carácter científico e institucional, entre outras.

O trabalho em equipa foi definido, por um comité de peritos da OMS, como "um método de trabalho, visando um objecto comum, que permite a muitas pessoas utilizarem o melhor possível, as suas qualidades individuais, associando as suas competências à sua experiência". (NERO, 2008).

No contexto destas reuniões multiprofissionais, consideramos que existe um efectivo trabalho em equipa, aplicando-se este conceito, na medida em que estes profissionais trabalham em conjunto para o mesmo objectivo e o procuram alcançar de forma partilhada, através da

diversidade de conhecimentos entre os membros da equipa que se complementam e enriquecem o trabalho como um todo. O objecto comum do NACJR é promoção dos direitos da Criança, e este é o foco central da atenção de toda equipa.

Ainda segundo TEIXEIRA (2009) a gestão do trabalho numa perspectiva multidisciplinar, significa a gestão de equipas de trabalho de múltiplas disciplinas (áreas científicas) num dado contexto, pelo que a multidisciplinaridade em contexto de saúde seja óbvia. A forma como o trabalho em equipa é gerido prende-se com a mobilização integrada de saberes e práticas entre as diferentes disciplinas (interdisciplinar), ou basear-se na capacidade de "ver para além da artificialidade das fronteiras das disciplinas" e reflectir na resolução conjunta de problemas, indo para além dos saberes especializados (transdisciplinar).

Em Cuidados de Saúde Primários a diversidade e a complexidades das situações a resolver, requer amplos recursos assistenciais só possíveis através de um trabalho em equipa interdisciplinar. Neste sentido a multidisciplinaridade estimula uma flexibilidade nos limites das competências e exige um esforço contínuo de cada grupo profissional no sentido de permitir a complementaridade a partir do seu núcleo de competência.

Durante o período de estágio, no âmbito desenvolvido em equipa multidisciplinar, tivemos possibilidade de intervir, na gestão/ acompanhamento de uma situação problemática de um jovem sinalizado a este serviço, em cooperação com os profissionais desta equipa, mais especificamente com o gestor de caso. Assim, e a partir das necessidades identificadas no jovem/família, colaboramos na elaboração do "Plano de Intervenção e Apoio à Família" (PIAF), e nos consequentes procedimentos de intervenção para a sua aplicação, monitorização e avaliação.

A elaboração do PIAF, individualmente em cada caso, é preconizada pelas orientações técnicas da DGS (DGS 2007, p.24), no estabelecimento dos procedimentos da intervenção a desenvolver perante a criança ou jovem em risco. O estabelecimento deste Plano tem por base uma abordagem ecossistémica e transaccional centrada na família e nas necessidades específicas para cada criança (Bailey & McWilliam, 1993). Pressupõe, assim um trabalho de colaboração e compromisso entre Família/profissional, onde o profissional se torna um recurso, com a responsabilidade de ajudar a Família a identificar os objectivos da intervenção, reforçando as suas competências e autonomia, proporcionando-lhe toda a informação que faculte a tomada de decisão. (Bailey & McWilliam, 1993). Em conformidade, e no sentido de respeitar as decisões da Família a legislação considera que esta intervenção requer o consentimento dos pais, ou dos representantes legais da criança, e a não oposição desta, desde que tenha idade igual ou superior a doze anos (art.º 7º e art.º 10, da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo). Deste modo, o enquadramento legislativo, aponta para que a intervenção dos profissionais seja orientada, no sentido dos pais assumirem os seus deveres para com os filhos. Simultaneamente pondera o grau de desenvolvimento e maturidade do

jovem, reconhecendo-lhe o direito de ser ouvido e de ser tida em consideração a sua opinião, conferindo-lhe a possibilidade nas decisões que lhes dizem respeito.

Enquanto mestrandos, podemos afirmar que a participação nas reuniões da equipa multidisciplinar do NACJr, possibilitou a aplicação da teoria à prática, permitindo a mobilização dos saberes aí adquiridos para o nível de formação e por sua vez para este contexto de trabalho.

Relativamente a este processamento (CANÁRIO, 2008), refere que a prática dos profissionais de saúde, tem vindo progressivamente a ser considerada, não apenas um momento de aplicação, mas como um elemento estruturante do processo de formação, sustentada em momentos de alternância. O saber (teórico/ formal), juntamente com o saber ser e o saber fazer, adquirido essencialmente na experiência e na interacção entre as pessoas e a situação, são reconhecidos como importantes pilares na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. (MALGLAIVE, 1990; CABRITO, 1999, P. 31).

KOLB (1984) considera a formação experiencial como um processo de aquisição de saberes a partir das situações vividas pelo indivíduo no seu quotidiano, perspectivando neste processo de aprendizagem uma conciliação entre a teoria e a prática através de um modelo estrutural de aprendizagem. Destaca quatro etapas neste processo: a experiência concreta, a observação reflectida, a conceptualização abstracta e a experimentação activa. Estas fases operam de forma articulada e circular, repetindo-se continuamente.

PERRENOUD (2001, p. 6) refere que *“A competência está relacionada com o processo de mobilizar ou activar recursos – conhecimentos, capacidades, estratégias - em diversos tipos de situação e especialmente em situações problemáticas. A competência pressupõe conhecimentos, mas não se confunde com aquisição de conhecimento sem que haja aprendizagem e experiência relativamente à sua utilização”*.

Segundo LE BOTERF (1999), a competência não é simplesmente um estado de conhecimento possuído, é um processo dinâmico, onde é necessário que o profissional competente seja capaz de mobilizar e concretizar na prática e com eficiência os conhecimentos que fazem parte da sua prática profissional de modo a responder às necessidades de acordo com as situações.

Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo foi essencial no processo de autoformação, permitindo-nos reflectir sobre a prática a partir da reflexão sobre as experiências, dando sentido aos saberes construídos com base na teoria apreendida.

Com estas actividades foram desenvolvidas em especial as competências:

- ✓ Saber gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida, formação pós-graduada e utilizá-la para interpretar a realidade encontrada;
- ✓ Desenvolver a consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com a criança em risco e família na área da saúde familiar e comunitária;
- ✓ Melhorar a capacidade de se integrar num contexto novo e trabalhar adequadamente em equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Conseguir desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança/jovem em risco e família num contexto novo.
- ✓ Prestar cuidados à criança/jovem /famílias/ comunidade de acordo com a metodologia de trabalho desenvolvida.

Actividades para concretização do objectivo 3:

- **Actividade:** Identificação nº de Unidades Funcionais /nº de profissionais de saúde da área geográfica do Aces de Oeiras Ocidental

Para ser dada continuidade, ao diagnóstico de saúde, e tendo como objectivo perceber como é que os profissionais de saúde do ACES de Oeiras Ocidental procedem durante a articulação com o NACJR, concretamente durante o processo de Sinalização de situações de risco e mau trato, numa primeira fase foi indispensável proceder à identificação e levantamento do número de profissionais/UF que nas diferentes funções e responsabilidades, estão implicados, na intervenção no risco.

Consideramos oportuno referir, que no início do Estágio, foi feito um pedido de autorização ao Conselho Clínico do ACES de Oeiras para a realização do estudo e para recolha de dados relevantes para o mesmo, o qual foi aprovado. (ANEXO II).

Como recursos humanos para esta actividade, foi solicitada colaboração dos serviços administrativos do ACES Oeiras, que forneceram a listagem do número de funcionários (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos dos serviço social, assistentes operacionais) ao serviço no Aces de Oeiras Ocidental à data de 01/06/2011. Sendo que *à posteriori* a formanda agrupou manualmente os profissionais por unidades funcionais. Pelos dados do Quadro 1 podemos observar a organização do Aces de Oeiras ocidental, em função do número de profissionais existentes e a sua distribuição pelas diversas unidades funcionais.

Quadro 1 – Profissionais afectos às Unidades funcionais de Saúde do Aces de Oeiras ocidental

Unidades Funcionais	Médicos MGF	Enfermeiros	Assistentes Técnicos	Técnicos do Serviço Social	Psicólogos	TOTAL
UCC SAÚDAR	0	14	0	0	0	14
USF SÃO JULIÃO	10	8	5	0	0	23
USF CONDE DE OEIRAS	8	9	5	0	0	22
UCSP OEIRAS	10	11	3	0	0	24
UDF DELTA	8	6	5	0	0	19
UCSP PAÇO D'ARCOS	10	7	8	0	0	25
UCSP BARCARENA	4	3	2	0	0	9
URAP	0	0	2	2	2	6
TOTAL	50	58	30	2	2	142

Fonte: Base de dados do Serviço Administrativo do ACES de Oeiras em 01.06.2011.

Como recursos materiais e tecnológicos, foi necessário o uso de papel, impressora e computador. Esta actividade implicou ainda o recurso temporal de cerca de um dia de trabalho.

Considerando que todos os profissionais tem como denominador comum o facto de no âmbito da sua intervenção se encontrarem numa situação privilegiada na detecção precoce do risco de provável mau trato e/ou negligência à criança, considerou-se pertinente conhecer a opinião de toda a população de profissionais de saúde (médicos de Medicina Geral e Familiar; enfermeiros; assistentes técnicos; psicólogos e assistentes sociais), pertencentes as diversas UF do Aces de Oeiras Ocidental, as quais articulam com o NACJR, sendo composta por 142 profissionais de saúde.

Optou-se por considerar como participantes do estudo todos os elementos da população, à excepção da autora do estudo, que também a integra. Decidiu-se ainda, que não seria relevante realizar entrevista na Unidade de Recursos Partilhados (URAP), tendo em conta que os psicólogos e assistentes sociais, embora estejam integrados organicamente nesta UF, fazem parte da equipa nuclear do NACJR ou desempenham a sua actividade profissional numa das UFs, podendo deste modo estar presente durante o estudo.

Dos critérios de inclusão na amostra constaram:

1. Pertencer as equipas multidisciplinares das quais: 3 USF; 3 UCSP, 1 UCC.
2. Estar presente na reunião da equipa multidisciplinar (da respectiva unidade) na data da entrevista.
3. Aceder livremente a participar no estudo.

Procurou-se com estas actividades desenvolver especialmente as competências:

- ✓ Demonstrar capacidade de avaliação de situações e planeamento em saúde na área de especialização;

- ✓ Demonstrar compreensão relativa às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
 - **Actividade:** Elaboração e realização de entrevistas em grupo a todos os profissionais de saúde /Unidades Funcionais, do ACES de Oeiras ocidental que trabalham em articulação com o NACJR

Para proceder ao estudo e exploração das opiniões dos diversos profissionais das UFs face as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar na articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de sinalização, recorreu-se à metodologia qualitativa, através da utilização de Entrevistas em Grupo. Para a operacionalização desta actividade, teve-se em conta alguns dos aspectos metodológicos fundamentais como se pode constatar no (ANEXO VII), dos quais se destacam: o objectivo específico da aplicação das Entrevistas em Grupo, os seus participantes, o método da recolha de dados, os principais procedimentos a ter, tendo em conta também, os aspectos éticos, e ainda a estratégia para a análise de dados.

Nas pesquisas qualitativas, como referem BOGDAN E BIKLEN (1994:66). "a preocupação central não é a de se os resultados são susceptíveis de generalização (...)", importa sobretudo a compreensão e a interpretação de como os fenómenos se manifestam do que em determinar causas para esses mesmos factos (SERRANO, 2004). Assim, a abordagem qualitativa permite a análise de uma realidade específica, contribuindo através dos conhecimentos produzidos para clarificar as práticas e produzir questões orientadoras da prática. (DE LA CUESTA, 2007). Segundo MUCCHIELLI, (1974, p. 6-7) a entrevista de grupo dirige-se, por definição, a um grupo, acerca do qual se presume uma actividade comum e específica a esse grupo no modo de experienciar algo que faz parte das suas condições de existência, do 'vivido' do grupo. Assim, no caso da entrevista de grupo, o tema ou objecto de estudo está intrínseco à actividade do grupo, onde os participantes estão necessariamente incluídos no tema ou no problema. Nesta forma de entrevista o tema é inerente à existência de membros do grupo, enquanto tais.

A entrevista caracteriza-se ainda por ser um método de eleição a considerar, quando o tempo é limitado, e se pretende eficácia, sem consumir muita energia (CARMO E FERREIRA 1998, p.129).

Deste modo, através da utilização da entrevista em grupo, procurou-se promover um momento de proximidade com os profissionais, procurando assim obter uma visão global e fidedigna do fenómeno em estudo, de uma forma rápida, contribuindo para aumentar a profundidade e fiabilidade do estudo. Admitiu-se desta forma privilegiar as concepções e vivências dos profissionais de saúde enquanto equipa, privilegiando essencialmente as experiências das práticas dos profissionais que articulam de uma forma directa com o NACJR, procurando-se compreender o modo como as diferentes equipas multidisciplinares das diversas UF, apreendem um problema comum à experiência vivenciada pelo grupo.

De entre os vários modelos de entrevista, neste estudo optámos pela entrevista semi-directiva ou semi-estruturada (GHIGLIONE, & MATALON, 1993; FONTANA & FREY, 1994), por considerarmos ser a que se mostrava mais adequada neste contexto, para a recolha da informação necessária. A utilização deste tipo de entrevista também teve o intuito de na medida do possível, todos os grupos de profissionais respondessem às mesmas perguntas.

A realização das entrevistas decorreu entre 23 de Maio e 18 de Junho de 2011, foram efectuadas sete entrevistas em grupo na sua totalidade, tendo abrangido todas as Unidades Funcionais existentes no Aces de Oeiras ocidental.

As entrevistas decorreram, em dias e horário pré acordados com os respectivos coordenadores das diferentes UF em estudo. Com cada coordenador e responsável de enfermagem nas diversas UF, foi feito um primeiro contacto, inicialmente de forma pessoal, esclarecendo os objectivos e finalidade do estudo, fazendo sentir a indispensabilidade da sua colaboração e da sua equipa, para a prossecução do trabalho.

Posteriormente, após apurada a sua disponibilidade e vontade em participar, foi dirigido a todos os coordenadores, um pedido por escrito, para permissão da realização das entrevistas, pelo que o período para a realização das entrevistas, só teve início, após a sua aprovação pela coordenação das diversas unidades de saúde. (ANEXO III).

Durante a realização das entrevistas, numa primeira fase visou caracterizar os profissionais, obtendo-se dados sociodemográficos (género, idade, categoria profissional, anos de experiência profissional e tempo de experiência profissional em cuidados de saúde primários), solicitado a todos os presentes, o preenchimento do documento. Relativamente às variáveis idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional em CSP, optou-se pela resposta em escalões pré-definidos.

A condução das entrevistas após uma sucinta introdução, onde se procedeu à explicação da temática e objectivo da entrevista, informando o tempo previsto de duração, assegurando a confidencialidade das informações prestadas e solicitando autorização para gravação em sistema "audio", (a qual foi concedida em todas as entrevistas, através da concordância de todos os participantes), foi orientada através do guião. (ver Guião da entrevista – ANEXO V).

No que concerne à realização das entrevistas, o facto da investigadora desenvolver a sua actividade profissional na instituição onde se processou o estudo, encontrando-se familiarizada e integrada no meio dos actores participantes, acredita-se não ter provocado enviesamento que reduzam a fiabilidade dos resultados obtidos. No decurso das entrevistas, a estrutura de comunicação, e interacção que desenvolvemos com os entrevistados, permitiu-nos estabelecer uma relação assertiva no papel de entrevistador, promovendo a distância e evitando o envolvimento pessoal. Considera-se que a inserção e aceitação no contexto do estudo enquanto investigadora se efectuou de forma natural, tendo sido mantidas as fronteiras entre os nossos propósitos sempre de forma clara no decurso da investigação. Durante a realização das entrevistas, também foram respeitados os aspectos éticos a ter em conta, através do

esclarecimento da natureza do estudo a todos os profissionais entrevistados, sendo assegurada a confidencialidade dos dados, o anonimato das fontes, o esclarecimento de dúvidas e a livre escolha de cada um participar no estudo.

Foi solicitado também o seu consentimento para a gravação da entrevista, apenas modo *áudio*, garantindo a possibilidade de leitura da transcrição efectuada e de confrontação com as declarações prestadas, o que foi autorizado em todas as entrevistas realizadas.

Aos participantes foi ainda assegurado que a utilização dos dados, se destinaria unicamente para o presente estudo, e não para outros fins, sendo destruída a gravação, após a transcrição dos dados, servindo apenas a função de manter a fidelidade da informação expressa pelos mesmos. (ANEXO IV).

De modo a garantir o anonimato dos participantes neste estudo, as entrevistas foram codificadas da seguinte forma: a UF por letras maiúsculas por ordem alfabética e aos participantes foi-lhe atribuída a letra da respectiva unidade e um número.

Inicialmente a amostra coincidia com a população ($n = N$), na medida em que todos os profissionais das unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental, tinham probabilidade de entrar no estudo, através da sua presença nas reuniões de equipa multidisciplinar, na data planeada para a entrevista nas respectivas unidades de saúde.

Contudo, a ausência de alguns elementos e a indisponibilidade de outros, assim como a liberdade não participarem no estudo, induziu a utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

CARMO E FERREIRA (1998, p. 197) atribuem esta designação ao tipo de amostra, determinada pela disponibilidade "...utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível...", e acessibilidade dos participantes. Mencionam neste tipo de amostragem o inconveniente dos "...resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência". Contudo, salientam que da "qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reserva".

Dimensão da amostra: considerando que a prevalência da adesão de participantes foi de 52,4 %, a dimensão da amostra foi de 74 profissionais de saúde, conforme se pode observar no Quadro 2, respeitante à distribuição dos profissionais de saúde participantes nas entrevistas efectuadas nas diferentes UF, do ACES de Oeiras Ocidental

Quadro 2 - População de entrevistados do ACES de Oeiras Ocidental

Unidades de Saúde	Médicos MGF	Enfermeiros	Assistentes Técnicos	Psicólogos	TOTAL
UCC SAÚDAR	0	7	0	0	7
USF SÃO JULIÃO	9	6	3	0	18
USF CONDE DE OEIRAS	6	6	0	0	12
UCSP OEIRAS	5	5	0	0	10
USF DELTA	4	4	1	0	9
UCSP PAÇO D'ARCOS	3	5	4	1	13
UCSP BARCARENA	2	2	1	0	5
TOTAL	29	35	9	1	74

Relativamente à caracterização dos participantes de salientar, a predominância do género feminino 62 (83,8%), existindo apenas 12 (16,2%) participantes do género masculino. Por escalões etários, os participantes entre «46-54 anos», são os que tiveram maior representatividade com 35,1%, da amostra. O grupo mais representativo é o dos Enfermeiros 35 (47,2%), seguido do grupo dos Médicos de medicina geral e familiar, 29 (39,1%). Relativamente aos anos de experiência profissional o intervalo ≥ 25 anos de serviço, é onde se nota uma representatividade mais acentuada 40,6 %, seguindo-se o intervalo 16-24 com 29,8%. Quanto à experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários, nota-se uma distribuição muito equitativa pelos diferentes intervalos de tempo de serviço, 23,0% no intervalo ≤ 5 anos; 20,2% no intervalo entre 16-24 anos; 24,3%, no intervalo ≥ 25 anos, e só no intervalo de 6-15 anos, onde se nota uma representatividade mais acentuada, comparativamente aos outros grupos (32,4%).

Tratando-se de investigação qualitativa, trabalharam-se os conteúdos das entrevistas, a partir da transcrição na íntegra das gravações em áudio, identificando-se: temas ou dimensões, categorias e subcategorias que foram imergindo, conduzindo à construção de um diagrama em análise, conforme descrevem MILES E HUBERMAN (1994). Optou-se por utilizar diagramas como representações gráficas, considerando FORTIN, (2003, p. 308), que também refere que estas representações gráficas são facilitadoras no processo de agrupamento dos dados em categorias e da sua contagem.

De facto o tratamento sistematizado da informação ocorreu em várias fases, não lineares, cíclicas e de modo interactivo (MILES E HUBERMAN, 1994).

Tal como refere BARDIN (2004, p. 90) a leitura flutuante acompanhou todo o processo, em que a teoria acompanha as escolhas de categorização, tendo que se voltar atrás e à frente muitas vezes. As respostas foram transformadas em unidades de análise (correspondentes a frases com significado associadas às temáticas em foco), que foram sendo codificadas em unidades de sentido (títulos, como por exemplo “Sinalização ao NACJR”) e agrupadas por afinidade dentro de subcategorias (como por exemplo “Organização”), sendo estas subcategorias enquadradas dentro das categorias pré definidas (como por exemplo “Documentação de Apoio”).

Durante a fase de categorização, foi cumprida a regra da representatividade, na medida em que todo o universo em estudo foi abrangido pelas entrevistas. A regra da exaustividade foi também tida em conta, pois todos os elementos foram tidos em consideração e nenhum deixado de fora (ibidem, 2004). Obedeceu-se também à regra da exclusividade, em que unidades de significação utilizadas numa categoria foram unicamente utilizadas nessa categoria. (POLIT e HUNGLER, 1995, p. 274). A regra de enumeração estabelecida foi a contagem da frequência das unidades de sentido.

Os procedimentos metodológicos e a apresentação dos resultados estão descritos mais pormenorizadamente no (ANEXO VI), resumem-se de seguida os principais resultados.

No que se refere à categoria **Identificação do NACJR**, obteve-se apenas 13% dos participantes a referirem conhecer a **localização física**, do gabinete do núcleo, denotando-se um desconhecimento por 87% dos participantes, em relação a essa mesma localização.

Relativamente à **constituição da equipa** verificou-se que 14% dos participantes identificavam a equipa como multidisciplinar (considerou-se o reconhecimento de equipa multidisciplinar, pela identificação de três ou mais elementos constituintes da equipa do núcleo pelos participantes), salienta-se nesta categoria a prevalência no reconhecimento dos profissionais de Enfermagem, como elementos de referência da equipa do núcleo, 64% das verbalizações.

No que se refere à categoria **sinalização ao Núcleo**, quando é identificada uma situação de criança/jovem em risco, 45% dos participantes referem que o método **pessoal** é o mais utilizado, normalmente de um modo "informal", através do contacto do elemento que consideram de referência. Apesar de existir já um suporte escrito para fazer a sinalização ao núcleo, apenas 15% dos participantes, mencionam utilizar este tipo de suporte. A utilização do telefone como forma de sinalizar é reduzida, dado que apenas 7 % referem a sua utilização. Ainda de realçar, 33% dos participantes verbalizarem nunca terem feito qualquer sinalização ao núcleo.

Quanto ao documento de **suporte de registo** verifica-se que, 34 %, dos participantes afirmam ter **conhecimento** desse documento. Contudo, quando questionados quanto à assiduidade na sua utilização, apenas 14% referem proceder à sua consulta. Salienta-se que 52% dos participantes verbalizaram **desconhecimento** relativamente ao documento de sinalização.

Relativamente à **documentação de apoio** (da DGS), verifica-se na maioria dos participantes, um **desconhecimento**, relativamente a estes documentos (67%) apenas 14 participantes referem ter algum **conhecimento** sobre a existência desta documentação. Ao nível da **utilização** e consulta da documentação de apoio, como seria expectável pelas respostas anteriores, não houve participantes a referirem a sua utilização.

No que concerne à **organização** da documentação de Apoio (pasta com documento de sinalização e orientações técnicas da DGS), em cada UF, verificou-se que em seis das sete UF entrevistadas, já existia uma pasta organizada. Contudo, verificou-se que em apenas duas destas UF, os profissionais da equipa multidisciplinar tinham conhecimento da sua localização e acesso aos documentos. Nas restantes quatro UF, as respostas dos participantes agrupam-se por desconhecimento da localização da pasta, dificuldade de acesso. De salientar ainda uma UF, em que os participantes referem não existir qualquer documentação referente a esta problemática.

Relativamente às sugestões efectuadas pelos profissionais para que a **articulação com o núcleo** se torne mais efectiva, os profissionais são consensuais nos aspectos da

comunicação e, da ligação através de um **interlocutor**. No que respeita à **comunicação** os participantes consideram que esta deverá ser realizada de uma forma **bi-direccional** (61%) (UF-NACJR-UF), por via **informática** 39%, denotando-se necessidade de uma melhor comunicação nas questões de organização e procedimentos.

Esta foi uma das actividades desenvolvidas, que se revelou ser bastante interessante de realizar, não só por ser a primeira vez que se elaborou uma pesquisa através do método qualitativo, utilizando a entrevista em grupo, no processo de colheita de dados, mas sobretudo por se ter conseguido envolver, nesta actividade todas as unidades funcionais do Aces de Oeiras ocidental, e uma elevada percentagem dos seus profissionais. De facto alguns dos participantes mostram desde logo, interesse no conhecimento dos resultados da realização das entrevistas em grupo, face à implementação de um projecto de intervenção.

Simultaneamente e para além de permitir obter a informação pretendida, também, percebemos que foi um método muito eficaz na sensibilização dos profissionais sobre esta importante problemática, assim como de promover a reflexão sobre o dever de todos se co-responsabilizarem e trabalharem em articulação e complementaridade na promoção e protecção dos direitos da crianças e dos jovens.

A afectação de recursos para esta actividade incluiu os recursos humanos: profissionais das diversas UF, a Enf.^a orientadora que facultou orientações e este presente durante a realização de uma das Entrevistas, recursos espaciais das diversas UF, especialmente sala de reuniões, escritório de casa, durante a transcrição das entrevistas e análise de conteúdo, recursos materiais: gravador áudio para gravação das entrevistas, computador pessoal, papel, caneta e agenda, para anotação e gestão das datas das entrevistas. Esta actividade consumiu ainda bastante tempo na sua execução, devido ao aprofundamento efectuado quer das técnicas de investigação qualitativa, quer dos recursos para trabalhar a análise de conteúdo.

Esta actividade visou desenvolver fundamentalmente as competências:

- ✓ Formular e analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Avaliar a adequação de métodos de análise de situações complexas, mediante uma perspectiva académica avançada;
- ✓ Reflectir na e sobre a prática de forma crítica, demonstrando compreensão relativa às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Incorporar na prática resultados de investigação relevantes no âmbito da especialização.

Actividades para concretização do objectivo 4:

- **Actividade:** Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo

Esta actividade foi desenvolvida de modo *continuum* ao longo de todo o Estágio. A pesquisa bibliográfica abrangeu uma exaustiva revisão bibliográfica sobre a temática em estudo, que permitiu a aquisição de conhecimentos sobre esta problemática e sustentar teórico/cientificamente todas as fases do projecto.

Para o desenvolvimento desta actividade, houve o recurso à pesquisa de literatura e em bases de dados nacionais e internacionais, à consulta de livros da mestranda, emprestados e consultados em bibliotecas, assim como artigos em revistas científicas, protocolos, circulares normativas, orientações técnicas, Decretos -lei, Leis, Despachos, relatórios de actividades do Aces, e outros textos de literatura nacional e internacional sobre a temática.

Procurou-se com esta actividade desenvolver as competências:

- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Desenvolver os conhecimentos na área de especialização.

Actividades para concretização do objectivo 5:

- **Actividade:** Caracterização e funcionamento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras.

Esta actividade como já referido neste Relatório foi proposta pela Enf. ^a orientadora do Estágio, que desempenha a sua actividade profissional articulando entre o ACES de Oeiras e a presidência da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras (CPCJO).

A CPCJ de Oeiras é uma entidade oficial não judiciária, com autonomia funcional que promove os direitos da criança e jovem e previne ou põe termo a situações de perigo. Os propósitos da sua intervenção visam afastar Crianças/Jovens do perigo, susceptível de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. (Portugal, 1999, artigo 12, nº1).

Esta CPCJ foi criada por Portaria em 1995 e é competente na área do Município de Oeiras (Portaria nº 1226-DV-2000 de 30 de Dezembro), onde fica localizada a sua sede, mais concretamente num bairro social – o Bairro do Pombal.

A CPCJO intervém de forma interdisciplinar e interinstitucionalmente, sendo constituída por elementos representantes de serviços e entidades, que actuam ao nível do concelho e que têm responsabilidades em matéria de infância e juventude.

De acordo com a lei 197/99, esta Comissão de Protecção funciona nas modalidades designadas de *Comissão Alargada* e de *Comissão restrita*, tendo no primeiro caso, objectivos na área da prevenção primária e no segundo, responsabilidade de decisão sobre as medidas de protecção mais indicadas a cada um dos processos de promoção e protecção.

A CPCJO na sua modalidade *Restrita*, é composta por uma equipa interinstitucional e interdisciplinar que inclui as valências de serviço social, psicologia, educação e saúde, entre outras, sendo constituída por cerca de 20 técnicos especializados, representantes de quinze Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ) no município de Oeiras.

A CPCJ de Oeiras na modalidade restrita funciona permanentemente, com horário de funcionamento estipulado, todos os dias úteis das 9h às 12h30 e das 14h às 17h30m. Contudo e como refere nos seus Relatórios de Actividades Anuais, excede este horário não só nos procedimentos considerados urgentes, como também, na adequação às necessidades das famílias, nomeadamente no atendimento em horário pós-laboral. A maioria dos técnicos pertencentes a esta Comissão exerce funções, a tempo parcial na CPCJ.

Conforme estipula a alínea a) do n.º2 do art.º 21º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, à comissão na modalidade restrita compete, nomeadamente:

- Atender e informar as pessoas que se dirigem à CPCJ;
- Apreciar liminarmente as situações de que tenha conhecimento, proceder à instrução de processos;
- Solicitar a participação dos membros da comissão alargada nos processos sempre que tal se mostre necessário;
- Solicitar parecer e colaboração de técnicos ou de outras entidades públicas ou privadas;
- Decidir, acompanhar e rever as medidas de promoção e protecção.

A CPCJ de Oeiras, na sua modalidade alargada, funciona em plenário e é constituída por cinquenta representantes das entidades com competência na matéria da infância e juventude. No decorrer do ano de 2009 reuniu por 4 vezes, com uma média de representação de 35 entidades da comunidade.

Entre várias, são funções da comissão alargada:

- Informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-los para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;
- Promover acções e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a detecção dos factos e situações que afectem os direitos e interesses da criança e do jovem, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostrem desfavoráveis ao seu desenvolvimento e inserção social.
- Elaborar projectos inovadores no domínio da prevenção primária dos factores de risco e no apoio às crianças e jovens em perigo.

Neste seguimento, a CPCJ de Oeiras dinamiza, no âmbito da comissão alargada, várias acções que são desenvolvidas por 3 grupos: Articulação interinstitucional; Dar Voz às Crianças; Conversando como pais.

Concisamente, consideramos oportuno referir que o Grupo da "Articulação Inter-institucional" vem reflectindo sobre as problemáticas subjacentes ao relacionamento entre as instituições. Entre estas destacam-se a comunicação inter-institucional, o trabalho em parceria entendido enquanto uma responsabilidade partilhada na comunidade e os circuitos, competências dos serviços da rede local e na formação aos Técnicos. O grupo "Dar Voz às Crianças", criado em 2005 tem desenvolvido variadas iniciativas que envolveram a sensibilização da comunidade para a existência dos direitos da crianças, nomeadamente a terem "Voz". Tem desenvolvido actividades diferenciadas onde as próprias crianças divulgaram os seus direitos e foram os principais agentes na organização de eventos, fóruns, concursos, exposições e participação em congressos. Por último o grupo " Conversando como pais", têm como objectivos: desenvolver acções de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem e trabalhar com os Pais no âmbito das competências Parentais.

- **Actividade:** Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar da CPCJO

A CPCJO na modalidade restrita reúne com uma periodicidade semanal, à 3ª feira de manhã. Ao longo do período total de Estágio (módulos I e II), tivemos ocasião de participar em 10 reuniões desta equipa multiprofissional.

Como mestrande e profissional, consideramos, que a oportunidade de integrar esta equipa constituiu uma experiência singular. No decorrer destas reuniões, podemos constatar a actuação da equipa nas mais diversificadas situações de crianças em perigo, possibilitando-nos vivenciar e apreender uma riqueza efectiva de experiências.

Consideramos que a CPCJO como local de estágio, o modo de funcionamento e dinâmica de actuação desta equipa profissional, contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos nesta matéria, que sem dúvidas, os integramos como linhas orientadoras da nossa acção e experiência profissional e futuramente como enfermeira especialista constituirão uma mais valia, para uma melhor e eficiente articulação com estes parceiros.

O funcionamento da Comissão de Protecção na Modalidade Restrita pauta-se pela intervenção directa nas situações em que a criança ou jovem se encontra em perigo.

Consideram-se em situação de PERIGO as crianças que se encontram numa das seguintes situações (artigo 3º, nº 2 da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo): Se encontra abandonada ou entregue a si própria; Sofre de maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; É obrigada a actividade 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 afectam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais, o representante legal ou quem tenha guarda de facto, se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação;

As ECMIJ sinalizam a situação de perigo à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens sempre que entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente.

Na sinalização da situação de risco ou perigo, devem constar, entre outros que se considerem pertinentes, os seguintes elementos: Identificação da criança ou jovem; Identificação do agregado familiar e residência; Identificação da estrutura educativa que frequenta; Descrição da suspeita de perigo que origina a sinalização detalhadamente, com evidências (local e data da ocorrência, testemunhas, descrição de alguma lesão observada, identificação do alegado agressor, etc.).

Intervenções já realizadas e os resultados obtidos, de forma a evitar-se a repetição das intervenções efectuadas.

Todas as situações sinalizadas, após recepção das comunicações, dão origem a um processo de promoção e protecção. Todos os processos sobre os quais a Comissão intervém são confidenciais de forma a salvaguardar a privacidade da criança e família.

A organização do trabalho processual, após a revisão da sinalização efectuada pela equipa de triagem (constituída por três técnicos), assenta na designação de um gestor de caso. Os critérios subjacentes à distribuição dos processos incidem, sobretudo, nas problemáticas que motivaram as situações de perigo, na zona de residência da família, na formação e na disponibilidade dos técnicos.

No decurso dos trâmites processuais, nomeadamente na avaliação de diagnóstico e acompanhamento familiar, os membros da CPCJ solicitam o parecer e a colaboração de técnicos ou de outras pessoas, bem como de entidades públicas ou privadas.

Com o desenvolvimento do estágio, pelo número de processos e complexidade de situações existentes, teve-se a clara noção de que a intervenção, exige dos técnicos não só disponibilidade como também, e acima de tudo, um perfil pessoal e profissional para o exercício de funções como entidade de 2º nível do Sistema Nacional de Protecção à Criança e Jovem.

Após receber a comunicação de situação de perigo, o Gestor de caso contacta com a criança ou jovem, pais ou a pessoa com quem a criança resida, informando-os de imediato sobre a situação, ouvindo-os, informando-os sobre o modo como se processa a intervenção, as medidas que a Comissão pode tomar, o direito de não autorizarem a intervenção e as suas possíveis consequências e do direito a fazer-se acompanhar por advogado.

A intervenção das Comissões de Protecção depende sempre do consentimento expresso dos seus pais, representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto e da não oposição da

criança e do jovem com idade igual ou superior a 12 anos, caso contrário o processo transitará para o Tribunal.

Apenas as situações de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e se cumulativamente existir oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, legitimam o recurso aos procedimentos de urgência com vista à sua protecção imediata (artigo 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Após o diagnóstico, esta equipa multidisciplinar pode deliberar em dois sentidos: no sentido do arquivamento do processo, quando a situação de perigo não se confirma ou já não subsiste ou no sentido da aplicação de alguma medida de promoção e protecção. Durante as reuniões desta comissão, constatamos que a tomada de decisão relativamente as medidas a decidir são sempre tomadas em conjunto pela equipa. O gestor de caso apresenta a situação e as medidas a aplicação normalmente são decididas após reflexão do grupo e por unanimidade dos elementos presentes. Percebemos que esta dinâmica fortalece os laços entre os diferentes intervenientes, garantindo maior segurança e maior sentimento de pertença ao grupo.

As medidas têm como objectivo “afastar o perigo em que se encontram as crianças e jovens, garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso, proporcionando-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem estar e desenvolvimento” (artigo 34º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Estas medidas podem ser executadas no meio natural de vida:

- medida de apoio junto dos pais;
- medida de apoio junto de outro familiar;
- medida de confiança a pessoa idónea;
- apoio para a autonomia de vida;
- ou em regime de colocação:
- acolhimento familiar;
- acolhimento em instituição (artigo 35º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo);

Na intervenção junto de crianças e jovens em risco ou em perigo são privilegiadas as medidas que não os retirem do seu ambiente familiar.

No entanto há situações que obrigam a um afastamento temporário da criança ou jovem da família, de forma a criar as condições necessárias para a sua futura reintegração e bem-estar.

A medida de protecção, com as propostas de intervenção, é dada a conhecer aos pais, que podem aceitá-la, sendo então reduzida a escrito, através de um Acordo de Promoção e Protecção, assinado por ambas as partes.

Se os pais não concordarem com a medida e acordo propostos pela Comissão, o processo será enviado para o Tribunal, a fim de ser aberto um Processo Judicial de Promoção e Protecção.

Aplicada a medida a papel dos técnicos da Comissão torna-se necessário, para a sua execução. O técnico, neste caso o Gestor de Caso, coordena e acompanha as acções com todos os intervenientes.

Normalmente para além da família e da CPCJ, são envolvidas as Entidades que mais próximo se encontram da criança e do jovem, mantendo canais de comunicação entre os profissionais que intervêm, aos diferentes níveis, na situação em questão, podendo ser os educadores, professores, técnicos da Intervenção Precoce, do Rendimento Social de Inserção ou outros que se encontrem próximos da criança ou da família, segundo os princípios da intervenção mínima.

Durante o período de estágio tivemos ainda a possibilidade de estar presente numa reunião desta comissão na sua modalidade Alargada. A reunião realizou-se no dia 10.05.2011, decorreu no Centro Paroquial de Nova Oeiras, no período da manhã e tarde, onde estiveram representadas cerca de 35 ECMIJ, pertencentes à equipa da Comissão alargada. Esta reunião foi dirigida pela presidente da CPCJO, a enfermeira Luísa Horta e Costa. Fez parte da agenda:

- Informações;
- Continuidade do Projecto - Piloto da CNPCJR - "Dinamização Das CPCJ na modalidade Alargada";
- Apresentação dos NACJRs do ACES de Oeiras;
- Reunião dos sub - grupos de trabalho.

Foi muito interessante participarmos nesta reunião por se constatar que a CPCJO na prática funciona como um grupo que tem um objectivo comum, e que constrói caminhando através de uma partilha permanente das suas práticas e iniciativas, numa base de aprendizagem colectiva e objectivos de avaliação e correcção contínuas. Houve momentos de partilhar experiências de envolvimento dos técnicos em projectos e iniciativas da comunidade que estão a ser desenvolvidos no terreno, e de reflectir em conjunto sobre actividades desenvolvidas e perspectivas futuras.

As apresentações e divulgação do trabalho realizado pelos NACJRs do ACES de Oeiras, desde a sua curta existência foram feitas pelas respectivas coordenadoras, Enf.^a Fátima Chumbo, NACJR Oeiras Ocidental e Dr.^a Ana Reis, NACJR Oeiras Ocidental. De salientar, o agrado demonstrado pela equipa da CPCJO pela implementação deste serviço ao nível da saúde e da comunidade, contribuindo para melhorar a rede de parcerias e o seu circuito de comunicação/ informação. Os dados do relatório da CPCJO relativamente ao número de sinalizações na área da saúde, parecem reforçar a importância do trabalho dos NACJR, pois

no ano 2010 verificou-se uma diminuição acentuada de sinalizações efectuadas, a esta entidade pelos serviços de saúde. Ficou manifesto pelas coordenadoras dos NACJRs que o trabalho realizado e a desenvolver pelo NACJRs, só pode ser feito em estreita articulação com as instituições da comunidade, e com equipas de família, bem como, com o envolvimento das famílias que são alvo são sua intervenção.

A afectação de recursos para esta actividade incluiu os recursos humanos: enfermeira Orientadora e restantes profissionais da equipa técnica da CPCJO, recursos espaciais da CPCJO, especialmente a sala de reuniões, recursos materiais: papel e caneta para anotação de notas de campo, livros técnicos e científicos, legislação, computador pessoal na elaboração de reflexões que incluímos no Portefólio. O recurso temporal estabelecido no cronograma para a realização destas actividades foi suficiente.

Procurou-se com esta actividade desenvolver as competências:

- ✓ Saber gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e de vida, formação pós-graduada e utilizá-la para interpretar a realidade encontrada;
- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Desenvolver os conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem de forma autónoma, sistemática e crítica.

2.3 – Avaliação das Actividades Desenvolvidas

Considerando que a avaliação é um processo contínuo (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.178) terminada a fase de diagnóstico, no I módulo de estágio, foi realizada uma avaliação dos objectivos que havíamos traçado.

Assim verificamos que a consecução destes objectivos reflectiram inteiramente a identificação do diagnóstico da situação, foram identificadas as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação, entre o NACJR e as diversas UF, e foram aprofundados conhecimentos dentro desta temática.

Quanto aos resultados obtidos, relativamente as necessidades sentidas pelos profissionais das diversas UF em estudo, destacam-se:

1 - O não reconhecimento por parte dos profissionais dos aspectos básicos da localização e da constituição da equipa.

2 - A importância do documento escrito para sinalização, evidenciado como uma norma da DGS, é igualmente, sentida pelos profissionais, que sugerem o seu acesso e envio, via

informática, através de um processo específico, e em conjunto com a possibilidade de consulta dos vários documentos de apoio e procedimentos gerais.

3 - Os profissionais evidenciam a necessidade sentida de uma comunicação mais eficaz entre as Unidades Funcionais e o Núcleo, comunicação essa, facilitadora no âmbito da criança e do jovem em risco para a qual indicam um elo de ligação através de um interlocutor em cada UF.

Elaborado o diagnóstico da situação, é necessário então proceder a uma definição das estratégias de intervenção direccionadas à redução das necessidades identificadas.

PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Esta parte do relatório refere-se essencialmente ao Módulo II de estágio e será descrita em dois capítulos. O primeiro capítulo refere-se à fundamentação e ao desenho do Projecto de intervenção apresentado como resposta as necessidades idiossincráticas, percebidas como discrepâncias entre o estado actual e o desejável neste contexto de estágio, e o seu enquadramento no modelo ecológico, enquanto modelo orientador dos Programas/Projectos de promoção, intervenção e tratamento na abordagem ao mau trato e negligência.

O segundo capítulo reporta-se à fase de intervenção, em que se apresentam os objectivos específicos do Módulo II de estágio, as actividades desenvolvidas e sua avaliação, assim como os recursos utilizados.

O Módulo II realizou-se de 26 de Setembro a 19 de Novembro de 2011, respeitou-se o cronograma previamente elaborado (ANEXO I c), conforme as actividades planeadas (ANEXO I d).

CAPÍTULO 1 – PROJECTO DE INTERVENÇÃO

1.1 - Fundamentação do projecto de Intervenção

O Planeamento em Saúde consiste na " (...) racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos...". (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 23). De facto , planear é um procedimento rigoroso e coerente, que tem como finalidade suprir as necessidades , sob a forma de um método organizado de procedimentos .

Perante o leque de dificuldades anteriormente enunciadas relativamente as necessidades sentidas pelos profissionais, a justificação e pertinência deste Projecto está subjacente à filosofia de criação dos NACJRs, que se indigitam para entre outras acções, fomentar a organização e o estabelecimento de uma cooperação efectiva entre profissionais, serviços e unidades funcionais da instituição, que de alguma forma, prestam cuidados a crianças e jovens em situações de risco e perigo.

De acordo com a DGS (2007) para que a acção dos Serviços de Saúde se torne mais efectiva nesta matéria, é necessário "melhorar a aplicação de mecanismos de prevenção da ocorrência

dos maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional”.

Mas para que este desiderato se torne real, é necessário melhorar a eficiência na cooperação intra-institucional entre todos os profissionais de saúde que lidam no dia a dia com a criança/família/comunidade, o que exige comunicação, reflexão e interdisciplinaridade.

Ainda a este propósito a DGS (2007, p.22) refere que " a circulação e permuta criteriosa da informação pertinente entre profissionais e estruturas com competência na matéria constitui um dos pilares essenciais da resposta adequada à maioria das situações de maus tratos".

O Projecto de Intervenção que se designou por "Labirintos Da Infância – Contextos de Intervenção em Crianças e Jovens em Risco", baseia-se nestes pressupostos e visa, melhorar a sistematização, coordenação e efectividade das acções do NACJR, através da implementação de um sistema de comunicação e colaboração bilateral e desenvolvimento de uma metodologia de trabalho comum e coordena entre este serviço e os profissionais das diversas UF do ACES de Oeiras ocidental.

1.2 - Sistema integrado de abordagem ao mau trato e negligência como modelo orientador neste projecto de intervenção

No âmbito dos serviços de saúde, é reconhecida tanto a nível nacional como internacional a importância de melhorar a eficácia destes serviços e reforçar a sua capacidade de intervenção bem como de melhorar a organização, qualificação e concertação das respostas relativamente à problemática dos maus tratos.

Os profissionais de saúde, são frequentemente os primeiros a suspeitar de uma situação de risco e perceber as situações ainda num momento em que não são visíveis sinais ou sintomas concretos, facilitando uma intervenção com a família mais atempada e prevenindo ou diminuindo as consequências. (VULLIAMY E SULLIVAN, 2000).

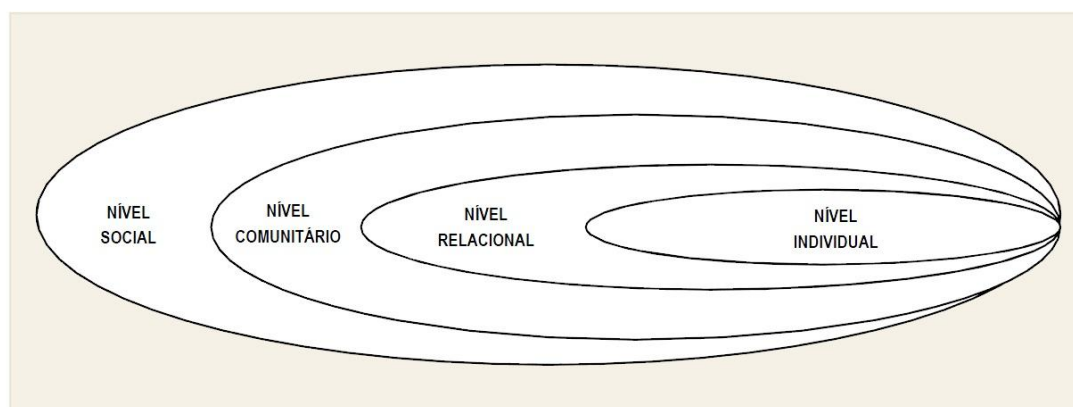
Segundo Relvas (1996, p.10) a família, na perspectiva sistémica, é "entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nesta perspectiva holística pode ser correctamente compreendida". Cada família enquanto sistema é singular e única, sendo composta por elementos que são os indivíduos, por atributos (características pessoais), e pelas relações que os indivíduos mantêm entre si que sustentam a unidade do sistema. Este sistema, por sua vez, faz parte de outros sistema (comunidade, sociedade), com os quais interage.

Os modelos ecológicos partindo dos modelos sistémicos, centram-se nos factores que influenciam o desenvolvimento humano Bronfenbrenner (1979). Este autor concebe a envolvente ecológica, como uma disposição de anéis concêntricos, em que cada um se encontra contido no seguinte. O desenvolvimento humano faz-se através da constante interacção de quatro sistemas fundamentais: O microssistema (representa as relações que a criança estabelece e que possuam estabilidade temporal (e.g. a família), O mesossistema (refere-se à interacção que a criança estabelece com os contextos próximos (e.g. escola, vizinhos) o exossistema (refere-se aos contextos que influenciam a criança de uma forma indirecta (e.g. emprego dos pais, entidades da comunidade) e por fim o macrossistema (refere-se ao contexto sociocultural, onde a criança se insere (e.g.cultura, Estado, valores) (BRONFENBRENNER, 1979).

A DGS (2007, p.10) refere-se a todo um conjunto de circunstâncias ou causas complexas que poderão estar na origem das situações de os maus tratos infantis, pelo que, indica que a abordagem e intervenção neste fenómeno, deve considerar diversos aspectos e factores, tais como: contexto social, económico e cultural, assim como as práticas e recursos comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis.

Partidária dos conhecimentos e da importância do modelo ecossistémico em 2002, a Organização Mundial da Saúde (DGS, 2007) propõe uma abordagem ao modelo ecológico (DAHLBERG E KRUG, 2002), como base para a interpretação do fenómeno dos maus tratos, à criança, enquanto realidade multifacetada, explorando a relação entre diferentes factores e considerando o mau trato e a negligência como o produto de múltiplos níveis de influência no comportamento. A compreensão desta interacção representa uma das etapas principais na abordagem da saúde pública à prevenção do mau trato e negligência, conforme se representa na **Figura 4**.

Figura 4 - Modelo Ecológico para a Interpretação dos Maus Tratos



Adaptado de: Krug EG et al. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva. World Health Organization
Fonte: DGS (2007, p.10)

Para MARTINS (1998), os factores de risco dizem respeito a condições biológicas, psicológicas ou sociais que se sabe estarem associadas a situações problemáticas. Na verdade, muitos destes factores são de diversos *riscos* associados, constituindo antecedentes de problemáticas diversas. Nesta perspectiva, e como já referido anteriormente, o risco deve ser entendido como uma circunstância social, interactiva e dinâmica. A intervenção perante uma potencial situação de maus-tratos deverá ir no sentido de prevenir os factores de risco e de promover os factores de protecção.

Segundo MARCELLI (1996, cit. por Anaut (2005, p.32), considera como factores de risco: todas as condições existenciais na criança ou no seu meio ambiente que envolvem um risco de morbilidade superior à que se observa na população em geral através dos inquéritos epidemiológicos.

Em 2006, BUTCHART ET AL. efectuaram uma revisão de literatura sobre os factores de risco e de protecção e a sua identificação nos quatro níveis, de análise do modelo ecológico (individual, relacional, comunitário e societal) na esquematização proposta pela Organização Mundial da Saúde (DAHLBERG E KRUG, 2002).

Os factores de risco individuais encontram-se identificados na criança e nos pais/cuidadores

Relativamente às próprias crianças/ jovens, identificam a existência de alguns aspectos específicos e particulares que podem constituir factores de risco. Crianças portadoras de necessidades de saúde especiais. Consideram, também a evidência de uma personalidade ou traços temperamentais problemáticos (ex. hiperactividade) e a criança exibir ou estar exposta a comportamentos de risco. Prematuridade e baixo peso ao nascer.

Relativamente aos pais/cuidadores, além dos aspectos sociais genéricos, da coesão e da funcionalidade da família. Existem ainda um conjunto de factores de ordem pessoal que interagem com estes que podem estar associados à ocorrência de maus tratos, tais como: expectativas irrealistas sobre a criança e a dificuldade de se ligarem ou cuidar dela. Consideram, também, a história própria de mau trato na sua infância e as baixas capacidades parentais por questões de idade, de educação ou de doença física e/ou mental. Ainda, a dificuldade de auto-controlo e a resposta punitiva excessiva ou violenta. Por último, o abuso de álcool e/ou droga, o envolvimento em processo criminal e as dificuldades financeiras.

Nos factores de risco relacionais, identificam a desagregação familiar e a violência familiar, bem como um fraco suporte familiar alargado.

Quanto aos factores de risco comunitários, que reportam às características do ambiente em que a família está inserida, incluem aspectos relacionados com a tolerância à violência e a desigualdade social ou de género. Reportam, ainda, à falta de serviços ou instituições de

suporte à família e a factores ligados à pobreza como a habitação inadequada e elevados níveis de desemprego. Consideram, também, o acesso facilitado a álcool e/ou droga.

Por último, os factores de risco sociais são descritos como as políticas sociais, económicas, de saúde e educação que conduzem à desigualdade ou instabilidade. Compreendem, também, as normas sociais ou culturais que conduzem à violência, com padrões rígidos de género ou que inferiorizam o estatuto da criança. Ainda, a existência de pornografia, prostituição infantil e trabalho infantil.

Os factores de protecção dizem respeito a quaisquer tipos de influências que diminuam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de mau trato. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacto. Algumas características individuais, como uma auto-estima elevada, a aspiração de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda, quando necessário; na esfera relacional, uma forte vinculação construída com pelo menos um dos progenitores, ou uma relação afectiva estabelecida com um adulto significativo, promotora de segurança podem igualmente ser protectoras; a um nível mais amplo, o acesso a recursos adequados na comunidade – meio escolar integrador, apoio social disponível, grupos formais e informais de pares, constituem exemplos de factores de protecções que podem intervir como atenuantes na diminuição do risco. (DGS 2007).

Ainda neste âmbito, BUTCHART ET AL. (2006) referem que alguns estudos demonstram que viver numa comunidade com um forte sentido de coesão, representa um factor protector e poderá reduzir o risco de violência mesmo na presença de outros factores de risco na família. São ainda incluídos como factores de protecção uma vinculação segura da criança ao adulto membro da família, níveis elevados de cuidados parentais na infância e uma boa relação de suporte do progenitor não agressor. Consideram, também, a ausência de associação a grupos ou pares, delinquentes ou com abuso de substâncias. Contudo, estes autores referem ainda que, numa revisão de literatura efectuada, sobre estes factores, verificaram que não existe uma investigação sistemática sobre o tema, sendo que a existente se focaliza nos aspectos da resiliência.

Segundo FONSECA (2004, p18-19). “O conceito de resiliência baseia-se no facto de certos indivíduos parecerem mais facilmente imunes à adversidade, à privação e ao *stress* do que as outras pessoas do seu meio”.

As estratégias de prevenção do mau trato e da negligência têm por objectivo, não só reduzir as causas subjacentes e os factores de risco, como o reforço dos factores de protecção e assim prevenir a ocorrência de novas situações.

Tendo por base o modelo de saúde pública, a prevenção do mau trato à criança, segundo TOMISON (1999), é habitualmente classificada em três grandes níveis consoante o seu grupo alvo: a prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.

THOMAS, LEICHT, HUGHES, MADIGAN E DOWELL (2004), referem ser este o modelo que mais influenciou a organização da estrutura dos programas e complementam a sua denominação, respectivamente, em prevenção primária ou universal, prevenção secundária ou de alto risco e prevenção terciária ou indicada.

Com base no modelo ecológico, o sistema de saúde britânico (Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office, 2000) propõe um modelo de interação de três sistemas ou domínios, constituídos, cada um deles por diversas dimensões, como estrutura de base à intervenção nos diferentes níveis preventivos.

Figura 5: Sistema integrado de abordagem ao mau trato e negligência



Fonte: Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office (2000)

Como esquematizado na figura 5, este sistema requer, a compreensão das necessidades de desenvolvimento da criança, a capacidade dos progenitores/cuidadores em responder a essas necessidades e o impacto do suporte familiar alargado e comunitário.

Assim, o acompanhamento da criança ou jovem em risco deverá examinar a natureza das interações da tríade, criança, família e comunidade, identificar e relacionar as influências positivas e negativas e estabelecer um plano de intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança (DEPARTMENT OF HEALTH ET AL., 2000; RUNYAN ET AL., 2002; TOMISON, 1999, 2001).

Nesta linha de orientação encontram-se reforçados os princípios: da abordagem centrada na criança e no seu percurso de desenvolvimento; do trabalho com a família e da interacção entre potencialidades e constrangimentos; os princípios da igualdade de oportunidades e da

articulação interinstitucional, e, por último, da continuidade do processo e da integração do conhecimento científico. Estes são também os mesmos princípios enunciados pelo sistema português.

A abordagem ao mau trato e negligência através deste sistema integrado, foi adoptada pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, como linha condutora na intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

Os autores THOMAS ET AL. (2004) referem que a prevenção primária ou universal tem como alvo a comunidade como um todo, é direccionada para o público em geral ou para um grupo populacional que não foi identificado numa base de risco individual e, portanto, desejável para qualquer elemento deste grupo.

HOLZER (2007), sublinha que os programas de prevenção primária universais têm por objectivo prevenir a ocorrência do mau trato e negligência através do aumento da sensibilidade e do conhecimento da comunidade sobre a natureza, prevalência e possíveis indicadores de mau trato e negligência à criança.

Nesta linha, o CENTER FOR THE STUDY OF SOCIAL POLICY (2003), refere que a adopção de estratégias preventivas direccionadas à comunidade, numa abordagem mais universal poderá ser uma forma mais eficaz de alcançar um grande número de famílias antes de surgir o risco para a criança.

Estas estratégias, encaradas como reforço de competências, aliam-se ao conceito de “empowerment” ou seja, como define WALLERSTEIN (1992), a um processo de acção social que promove a participação das pessoas, com o objectivo de aumentar o controlo individual e da comunidade, a sua eficácia política e melhorar a qualidade de vida.

A prevenção secundária, segundo THOMAS ET AL. (2004), tem como alvo a população que apresenta um ou mais factores de risco associados ao mau trato e negligência (ex.: com a pobreza, o consumo parental de álcool e/ou droga).

Diversos autores (eg., Tomison, 1999, Peltola e Testro, 2006, Holzer, 2007) consideram que os programas deste nível de prevenção são direccionados a grupos de risco específicos ou que necessitam de um maior suporte e tem como objectivo desenvolver competências, reduzir riscos e, em última instância, identificar os casos de mau trato e negligência num estágio precoce.

Por último, a prevenção terciária ou indicada THOMAS ET AL. (2004) referem direccionar-se às famílias em que já houve a ocorrência do mau trato, tem por objectivos a redução das consequências negativas do mau trato e a prevenção da sua reincidência.

Neste sentido CALVERT (1993), sublinha que a este nível de intervenção já há o envolvimento dos serviços de protecção em colaboração com os serviços de saúde e de apoio às famílias para o tratamento, suporte e aconselhamento.

Apesar da importância desta categorização em três níveis de prevenção tanto na investigação como na definição de políticas governamentais, JAMES (2000) refere que esta distinção artificial não se reflecte nas realidades processuais. Exemplifica, citando CALVERT (1993): “se o mau trato às crianças é visto como um *continuum*, a classificação de um tipo de intervenção em prevenção primária, secundária ou terciária, depende, acima de tudo, do momento - do ponto desse continuum em que a intervenção ocorre.” (p. 2)

A articulação de diversos programas centrados na criança, direccionados à família e de base comunitária constitui, segundo TOMISON (2002), a estratégia mais adequada para a prevenção do mau trato à criança e para, efectivamente, promover o suporte às famílias. Neste âmbito, Tomison reforça a importância do suporte social dos diferentes serviços de apoio à família, sublinhando que (de acordo com os conceitos actuais do suporte familiar, dos quais destaca os propostos pelo Dartington Social Research Unit, 1995), apenas um pequeno número de famílias – aquelas em que a vigilância de saúde, os programas de intervenção precoce e o suporte social dos serviços não fosse eficaz – necessitaria da intervenção formal dos serviços de protecção à criança.

Enquadrando esta abordagem, a acção dos serviços de saúde passa, não só pelo planeamento de respostas integradas de promoção do bem-estar e prevenção das situações de risco infantil, como também, pelo estabelecimento de uma articulação funcional com a comunidade.

O desenvolvimento da colaboração entre os diferentes profissionais e instituições constitui um componente essencial destas estratégias, promovendo uma perspectiva integrada do processo de mudança (BUTCHARD ET AL., 2006) e clarificando a responsabilidade profissional e institucional na prevenção e intervenção no mau trato e negligência à criança (MORRISSON, 1996).

CAPÍTULO 2 – A FASE DE INTERVENÇÃO

No projecto inicial haviam sido esboçados alguns objectivos de intervir de acordo com o diagnóstico efectuado, visto a sua dependência dessa fase.

Passamos a descrever os objectivos específicos que foram traçados e as actividades desenvolvidas, que procuraram ir ao encontro das necessidades e soluções sugeridas pelos profissionais das diversas UF e aos objectivos do NACJR.

2.1 - Objectivos Específicos do Módulo II de Estágio

Assim, traçou-se como objectivos específicos para o **Módulo II**:

- 1 - Apresentar à equipa do NACJR, os resultados do diagnóstico da situação efectuado.
- 2 - Elaborar um projecto de articulação entre o NACJR e as unidades funcionais do ACES de Oeiras Ocidental.
- 3 - Facilitar a articulação entre a CPCJO e o Aces de Oeiras.

2.2 – Actividades Desenvolvidas e Recursos Utilizados

Actividades para concretização do objectivo 1:

- **Actividade:** Preparação de apresentação em formato "power point" sobre a realização do diagnóstico e resultados encontrados

Durante a primeira semana do módulo II de estágio, procedemos à elaboração da uma apresentação sintetizada, em formato "powerpoint", sobre a metodologia utilizada (Entrevistas em grupo) e os principais resultados obtidos da avaliação qualitativa das necessidades dos profissionais de saúde das unidades funcionais do ACES de Oeiras ocidental.

Recursos: Portefólio, computador pessoal, tempo – 1 dia.

- **Actividade:** Apresentação dos resultados do diagnóstico da situação à equipa multidisciplinar do NACJR

Utilizando a apresentação previamente elaborada como estratégia no dia 29.09.2011, em reunião de equipa do NACJR procedemos à apresentação dos principais resultados do diagnóstico da situação.

Esta actividade foi de partilha e discussão, fomentando a ligação da teoria à prática. Em equipa multidisciplinar realizou-se uma análise e reflexão sob as causas do problema e discutidas as soluções e estratégias para as dificuldades identificadas na implementação das intervenções.

Nesta reunião de consenso entre diversos profissionais, foram analisadas e tidas em linha de conta a magnitude do problema, o não reconhecimento por parte dos profissionais dos aspectos básicos da localização e da constituição da equipa, o desconhecimento sobre quais os instrumentos de sinalização e sua utilização (52% dos participantes) assim como, o desconhecimento (67% dos participantes), relativamente documentação de apoio, da DGS, evidenciou de imediato, a necessidade de uma divulgação/ informação mais eficaz e facilitadora, entre as UF e o NACJR.

Perante este enquadramento, e tendo presente as sugestões feitas pelos profissionais das diversas unidades funcionais, esta equipa decidiu por unanimidade ser prioritário criar um elo

de ligação através de um interlocutor em cada UF, à luz das boas práticas já alcançadas em outros tipos de programas.

Por outro lado, esta equipa também entendeu como sendo prioritário, desenvolver um mecanismo, de preferência via informática, que permitisse o fácil acesso e envio do documento para sinalização via *e-mail*, bem como a possibilidade de consulta dos vários documentos de apoio e procedimentos gerais, no sentido de tornar a comunicação entre as unidades e o núcleo mais facilitadora e eficaz.

Foi equacionada a hipótese de através de um " sistema Intranet", disponibilizar a todos os profissionais os conteúdos necessários para a melhoria da articulação interna, contudo no ACES de Oeiras, ainda não está disponível esse sistema informático.

Colocamos então a hipótese de elaborarmos com a ajuda de um técnico informático (do nosso conhecimento), de um Ficheiro informático, onde estivesse contida toda a informação pertinente (documento de Sinalização, documentação de apoio, constituição da equipa, horários, contactos, entre outros), relativamente à articulação com o NACJR, e que posteriormente seria instalado em cada um dos computadores das diversas unidades Funcionais.

Toda a equipa recebeu com agrado esta estratégia, ficando a elaboração e o desenho do Projecto a cargo da enfermeira mestranda, contando com o apoio dos restantes elementos da equipa e dos recursos materiais disponíveis.

As competências desenvolvidas/ treinadas com esta actividade foram:

- ✓ Tomada de decisão fundamentada atendendo às evidências científicas e à responsabilidade social e ética;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, envolvendo os recursos existentes para consecução dos objectivos;
- ✓ Desenvolver a avaliação adequada de métodos de análise de situações complexas, utilizando uma perspectiva académica avançada.

Actividades para concretização do objectivo 2:

- **Actividade:** Elaboração de um Ficheiro em Formato Informático

- Reunião com o técnico de informática

Tendo em vista a exequibilidade do Ficheiro Informático, foi tida uma primeira reunião com o técnico informático, onde explicamos o que se pretendia e questionamos se seria possível a sua execução.

Fomos informados que o Ficheiro Informático poderia ter o conteúdo pretendido e posteriormente seria instalado nos computadores das UF, onde todos os profissionais teriam

acesso a essa mesma informação, podendo o Instrumento de sinalização ser enviado via e-mail.

- Elaboração de Dossier com materiais teóricos de apoio

Foi necessário proceder a elaboração de um dossier com todo o conteúdo pertinente a colocar no Ficheiro Informático (ver Apêndice ANEXO VIII). Selecionamos: Documentação científica de consulta e apoio à problemática da criança e jovem; Explicitação do NACJR – Definição; objectivos; Plano de Acção; constituição da equipa; localização; contactos; Fluxograma de Articulação interna entre os profissionais e o NACJR durante o processo de sinalização (elaborado pela mestranda); Ficha de sinalização.

A enfermeira orientadora supervisionou todo o conteúdo a incluir no ficheiro informático.

(recursos: mestranda, enfermeira orientadora; materiais já existentes em Oeiras; legislação; normas da DGS, tempo e materiais para revisão bibliográfica, portefólio da mestranda, computador; tempo – 3 dias de estágio).

- Reunião com o técnico de informática

Esta reunião teve como objectivo a construção do ficheiro informático, seleccionar a configuração do mesmo e inserir os conteúdos do dossier previamente elaborado.

(recursos: mestranda, técnico informático; materiais, dossier; computador; tempo – 1 dia de estágio).

- Reunião com técnicos de informática do Aces de Oeiras

Esta reunião teve como objectivo conhecer os procedimentos a nível organizacional que seriam necessários ter para proceder à replicação do Ficheiro Informático nos diversos computadores do ACES. Foi-nos informado que seria necessária autorização ao nível do Conselho Executivo do ACES para esses procedimentos. Posteriormente a manutenção do Ficheiro poderia ser sustentada pela equipa de técnicos informáticos do ACES.

- **Actividade:** Reunião com equipa do NACJR

Em reunião semanal da equipa do NACJR, que decorreu a 13.10.2011, foi feito um balanço sobre a evolução da execução em curso relativamente ao desenvolvimento do Projecto. Comunicamos à equipa a conclusão da elaboração do Ficheiro em formato informático e da necessidade do NACJR proceder junto do Conselho Executivo do ACES, a um pedido de autorização para a replicação do Ficheiro Informático nos diversos computadores das UFs.

Foi então decidido em equipa multidisciplinar, que seria utilizada como estratégia a apresentação do Projecto pela coordenadora do NACJR, na próxima Reunião Geral entre o Conselho Executivo e as diversas UF do ACES. Durante a reunião seria solicitada a colaboração e envolvimento da Direcção e de todos os coordenadores para a implementação do Projecto. Nesta reunião, tivemos conhecimento que a próxima reunião geral entre o Conselho Executivo as UFs do ACES, estava marcada para Janeiro de 2012.

Nesta reunião procedeu-se a uma reflexão relativamente, às competências dos profissionais que posteriormente serão atribuídas as funções de Interlocutores entre o UFs e o NACJR.

Para além do treino de competências técnicas, estas actividades permitiram o desenvolvimento de competências comunicacionais, a abordagem de questões complexas de forma sistemática e criativa, na área de especialização e gestão de recursos comunitários.

- **Actividade:** Apresentação do projecto de estágio à equipa multidisciplinar

Esta actividade decorreu em reunião multidisciplinar a 10.11. 2011, para a apresentação do desenho do Projecto que foi denominado "**Labirintos da Infância – Contextos de Intervenção em Crianças e Jovens em Risco** " (ANEXO VII). A apresentação foi preparada em formato "power point", de forma a facilitar a visualização por toda a equipa da estrutura e organização e de todos os materiais e de intervenção construídos.

A versão final do documento foi aceite pela equipa, o momento de partilha revelou-se de um enorme enriquecimento, pois foram colocadas questões e esclarecidas dúvidas no âmbito da implementação.

Os recursos para esta actividade foram os próprios intervenientes da equipa; mestranda; computador; apresentação em formato powerpoint; desenho do projecto.

Actividades para concretização do objectivo 3:

- **Actividade:** Participação nas reuniões da CPCJO

No início do módulo II de estágio, durante a reunião realizada a 04.10.2011, na CPCJO na sua modalidade restrita, foi sentida a necessidade por parte dos técnicos da existência de um Guia de Contactos do ACES de Oeiras actualizado, no sentido de facilitar o circuito de comunicação/informação e articulação entre a CPCJO e o Aces de Oeiras. A justificação da desactualização da lista de contactos no âmbito da saúde prende-se sobretudo pela actual reconfiguração no Aces de Oeiras de algumas estruturas organizacionais, decorrentes da reforma de CSP em curso.

Assim, enquanto mestranda e estagiária nesta CPCJ e no NACJR do Aces de Oeiras, foi-nos solicitada a elaboração do referido guia de contactos, onde consta a localização geográfica de todas as Unidades Funcionais, e a Lista dos contactos privilegiados de cada unidade não só telefónicos como dos coordenadores na área programática do ACES de Oeiras.

Prontamente nos disponibilizamos para a elaboração deste guia de contactos por consideramos muito importante a existência de um documento de trabalho facilitador no circuito

de comunicação/ informação, entre as entidades que actuam nos diferentes níveis de intervenção, no âmbito da promoção dos direitos e a protecção da crianças e dos jovens.

- o **Actividade:** Elaboração de um Guia de Contactos do ACES de Oeiras

Como estratégia principal para a realização desta actividade contactamos a direcção do ACES de Oeiras os coordenadores de Enfermagem das diversas Unidades Funcionais. A Direcção do ACES através da enfermeira chefe cedeu-nos amavelmente um Mapa do ACES, onde é possível visualizar a localização de todas as Unidades Funcionais por zona geografia/freguesia, deste Conselho. Posteriormente, procedemos à recolha de toda a informação pertinente e organizamos a mesma de acordo com a localização geográfica das UFs por Edifícios/Freguesias.

O trabalho final resultou na elaboração de um "Poster" (ANEXO VIII), em formato A3, que por decisão dos técnicos, ficou afixado num "placard" existente na sala de reuniões da CPCJO. Com a mesma informação, foi ainda elaborada uma Brochura Informativa (ANEXO IX), de modo a informação poder estar acessível a todos os técnicos de uma forma individual.

Recursos: formanda, e direcção do ACES de Oeiras (Enf.^a Chefe); Enfermeiros das diversas UF; materiais já existentes em Oeiras, papel, caneta, computador, tipografia (ampliação poster); impressora, tempo – 3 dias de estágio)

CONCLUSÃO

Ao finalizarmos o presente relatório de Estágio, importa fazer uma reflexão que seja a síntese dos objectivos a que nos propusemos aquando da realização do mesmo.

No que respeita aos aspectos gerais do Estágio, podemos destacar o carácter enriquecedor que nos proporcionou o facto de este ter sido realizado em contexto institucional e simultaneamente na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras, o que constituiu, um contributo excepcional, para o nosso processo de formação pessoal na área do projecto delineado.

Este trabalho foi construído a partir da necessidade sentida pelos profissionais do Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco de Oeiras Ocidental de proporcionarem uma resposta mais eficaz na problemática do mau trato e negligência à criança e ao jovem.

Esta preocupação foi reforçada por orientações da Direcção Geral da Saúde com a criação dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco nos centros ACES, considerando este novo serviço como um processo tendente a efectivar um conjunto de medidas para a adequação e concertação das respostas do Serviço Nacional de Saúde ao problema do mau trato e negligência à criança e jovem.

Regida por este desiderato, a equipa multidisciplinar do NACJR, considera objectivo prioritário consolidar uma rede de articulação interna entre os vários profissionais que integram e prestam cuidados nas unidades de saúde do ACES de Oeiras ocidental, que possibilite um trabalho sistematizado e articulado, onde todos os profissionais tenham a mesma linguagem e partilhem estratégias de intervenção.

O estágio foi iniciado com a realização do diagnóstico da situação, tendo sido realizado um estudo qualitativo que teve como objectivo conhecer a percepção dos profissionais das diversas unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental, no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização ao NACJR de situações de risco e mau trato.

Após a análise de conteúdo, os resultados obtidos vieram confirmar a situação problemática previamente identificada, ou seja, a constatação de que existem constrangimentos sobretudo ao nível de uma comunicação mais eficaz entre as unidades funcionais e o NACJR, o que têm dificultado a concretização de respostas mais concertadas e efectivas, por parte dos serviços e dos profissionais de saúde, nesta matéria.

Esta situação, constitui uma preocupação sentida por todos os profissionais para a qual indicam um elo de ligação através de um interlocutor em cada UF, à luz das boas práticas já alcançadas em outros tipos de programas.

A importância do documento escrito para sinalização, evidenciado como uma norma da DGS, é igualmente, sentida pelos profissionais, que sugerem o seu acesso e envio, via informática, através de um processo específico, e em conjunto com a possibilidade de consulta dos vários documentos de apoio e procedimentos gerais.

Os resultados obtidos vieram evidenciar a importância de uma comunicação, entre as unidades e o núcleo, que seja bilateral e decorra em todas as fases do processo.

Estes resultados vieram reforçar a pertinência da elaboração, no segundo módulo de estágio, de um projecto que se denominou "Labirintos da Infância – Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco ". Este projecto visa contribuir para a criação de uma resposta, mais eficaz, às necessidades específicas apresentadas pelos profissionais, no processo de sinalização de situações de risco e maus trato, facilitadora de uma intervenção mais concertada e atempada na promoção e protecção da criança e do jovem em risco ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Este projecto desenvolve-se no campo da prevenção primária e secundária, objecto de acção primordial dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovens em Risco e considera o modelo ecológico como o modelo orientador das acções, e uma dimensão chave para os cuidados de saúde primários que se afirmam, como tendo uma intervenção centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere.

O desenho do Projecto, sustentado na teoria e nas necessidades avaliadas, procura entre consenso dos profissionais da equipa do NACJR, potenciar os recursos humanos e envolver os profissionais das diferentes disciplinas de formação, num objectivo comum: a promoção e manutenção da saúde da criança e do jovem e da melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à Avaliação aos objectivos gerais e objectivos específicos traçados para o I e II módulo de estágio consideramos que foram na sua globalidade atingidos, tendo sido para isso concretizadas, não só todas as actividades inicialmente propostas, como também, as que foram sendo acrescentadas de acordo com as necessidades sentidas durante a realização do estágio. Durante a descrição e análise crítica das actividades desenvolvidas, procurou-se referir os recursos quer materiais quer humanos, assim como os recursos temporais, necessários para a consecução das mesmas.

A realização destas actividades e o decorrer de todo o Estágio, quer no NACJR, quer na CPCJO permitiram uma aquisição de conhecimentos sobretudo ao nível da temática em estudo, e o desenvolvimento de competências e capacidades que foram traduzidos em ganhos de crescimento pessoal e profissional, reflectindo-se certamente na prestação de melhores

cuidados de enfermagem. Por todo o trabalho desenvolvido consideramos ter adquirido as competências da área de especialização em Enfermagem Comunitária.

Para finalizar gostaríamos de acrescentar que do modesto contributo que demos para ajudar a melhorar a articulação entre o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e todos os Profissionais deste ACES, fica-nos a vontade de continuar a trabalhar neste Projecto e continuar a dinamizar o envolvimento de todos os profissionais implicados no mesmo, pois acreditamos que só através de um verdadeiro trabalho articulado e em rede, se criarão as sinergias basilares, para poderemos fazer face como profissionais e cidadãos à esta relevante problemática social e ética de toda a sociedade que são as Crianças e Jovens em Risco. Vamos continuar a acreditar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, L. et al (1997). **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.**

Lisboa: Gradiva Publicações Lda.1997.

ANDREOLI, V. (2003) – **Do lado das Crianças: os perigos que rodeiam as crianças dos nossos dias.** Porto: Editora Âmbar, 2003. 260 p ISBN 972-43-0680-1.

ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. (1999) - **Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento.** 4ª edición Madrid: Ediciones Pirámide, 1999.

BAILEY, D. B., & MCWILLIAM, P. J. (1993). **The search for quality indicators.** In P. J. McWilliam, & D. B. Bailey (Eds.), **Working together with children and families – Case studies in early intervention** (pp. 3-20). Baltimore: Paul H. Brooks.1993.

BARDIN, Laurence (2004), **Análise de Conteúdo**, 3ª Ed., Lisboa Edições 70. 2004. ISBN: 972-44-1214-8.

BARUDY, J. (1998) - **El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil,** Barcelona, Paidós.

BELSKY, J. (1993). Etiology of Child maltreatment: A developmental - ecological analysis. **Psychological Bulletin**, 114, 413-434.

BOGDAN, R. E BIKLEN, S. (1994). **Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** Porto: Porto Editora.1994. ISBN: 972-0-34112-2

BRONFENBRENNER, U. (1979). **The ecology of human development: Experiments by nature and design.** Cambridge: Harvard University Press

BUTCHART, A., HARVEY, A. P., MIAN, M., FÜRNISS, T., & KAHANE, T. (2006). **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.** Geneva: World Health Organization. 2006.

CABRITO, B. (1999). **Formações em alternância: conceitos e práticas.** Lisboa: Educa.1999.

CALHEIROS, M. M. A. (2006). **A construção social do mau trato e negligência parental: Do senso comum ao conhecimento científico.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian Fundação para a Ciência e Tecnologia. 2006. ISBN: 9789723111322

CALVERT, G. (1993). **Preventing child abuse: a national strategy.** Canberra: National Child Protection Council.

- CANÁRIO, R. (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. *Psicologia da Educação* (Puc- S. Paulo), 6, pp. 9-27.1998.
- CANÁRIO, R. (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. *Psicologia da Educação* (Puc- S. Paulo), 6, pp. 9-27.
- CANHA, J. (2003) – **Criança Maltratada: O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação, Estudo Prospectivo de 5 anos**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. 239 p. ISBN 972-8717-96-2
- CÁNTON, D.; CORTÉS, A. (1997) - **Malos tratos y abuso sexual infantil**. Madrid. siglo XXI de España Editores.1997.
- CARMO, H. & FERREIRA, M.M. (1998). **Metodologia da investigação: Guia para Auto-Aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta.1998.
- CENTER FOR THE STUDY OF SOCIAL POLICY (2003). **Strengthening families: through early care & education**. Retirado a 4/10/2011 de www.cssp.org.
- CICCHETTI, D. & TOTH, S. (2005). The role of development theory in prevention and intervention. *Development and Psychopathology*, 4, 489-493.
- CICCHETTI, D., & MANLY, J. T. (2001). Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Development and Psychopathology*, 13, 755–757.
- CIOMS (2002) – **International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects**.CIOMS.Geneva.2002
- CNPCJR (2011). **Relatório Anual da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens 2010**. Lisboa: CNPCJR. 2011 [consult.01.02.2012]. Disponível em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?R=3453&m=PDF
- COSTA, Maria Arminda (2002). Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa. **Formasau e Educa**. 2002.327pp. ISBN: 972-8485-24-7.
- DAHLBERG, L., & KRUG, E. (2002). Violence: a global public health problem. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano (Eds.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization.
- DARO D. & COHN- DONNELLY, A. (2002) - Charting the waves of Prevention: two steps Forward, one step back. **Child Abuse and Neglect**. V 26:731 June 2002, p.731 – 742.

DE LA CUESTA, CARMEN (1997) – Investigacion cualitativa en el campo de la salud”, **Revista Rol de Enfermeria**, 232, 13-16

De PAÚL, J.; ARRUABARRENA M. (1996). **Manual de protección infantil**. Barcelona. Masson.

Decreto – Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Diário da República nº 28, 1ª série.

DECRETO-LEI n.º 248/2009 **D.R. I série** 184 (22-09-2009) 6761-6765.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. **D.R. I Série** 38 (2008-02-22) 1182 – 1189.

DECRETO-LEI nº 298/2007. **D.R. I Série** 161 (2007-08-22) 5587 – 5596.

DEPARTMENT OF HEALTH, DEPARTMENT FOR EDUCATION AND EMPLOYMENT, HOME OFFICE. (2000). **Framework for the assessment of children in need and their families**. London: The Stationery Office.

Despacho (n.º 117/07 de 24 Abril) de Abril de 2007 do Ministério da Saúde.

Despacho nº 31292/2008, publicado no Diário da Republica, 2ª série, nº236, de 5 de Dezembro.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) – **Maus tratos em crianças e Jovens. Intervenção da Saúde**. Documento Técnico. Lisboa: DGS. 2007.[em linha] [consult.02.06.2011]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2011) – **Maus tratos em crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnostico e Intervenção**. Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Documento Técnico. Lisboa: DGS. 2011. [em linha] [consult.02.06.2011]. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf

DUBOWITZ, H., KLOCKNER, A., STARR, H. AND BLACK, M. (1993). ‘Community and professional definitions of child abuse and neglect. **Child Maltreatment**, 3(3): 235-243.

FIGUEIREDO, B. (1998) – Maus-tratos à criança e ao adolescente (I) Situação e enquadramento da problemática. **Psicologia: Teoria, investigação e prática**, Vol. 3. Nº 1. 1998. p. 5-21.

FODDY, WILLIAM (1996). **Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**. Oeiras: Celta Editora.1996.

FONTANA, A.; FREY, J. (1994): “Interviewing: the art of science”. In N. Denzin e Y. Lincoln (Eds.), **Handbook of qualitative research**. Califónia: Sage.

- FORTIN, Marie-Fabiene (2003) – **O processo de investigação**. 3ª Ed. Loures: Lusociência. 2003.388 p. ISBN 972-8383-10-X.
- GALLARDO, J. A. (1994). **MausTratos à Criança**. Porto. Coleção Crescer. Porto Editora.1994.p.127. ISBN 972-0-34033-9
- GHIGLIONE, R.; & MATALON, B. (1993). **O Inquérito. Teoria e Prática**. Lisboa: Celta Editora.
- GIOVANNONI, J. (1989). Definitional issues in child maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), **Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect** (pp. 3-37). New York: Cambridge University Press.1989.
- GODDARD, C.R. & SAUNDERS, B. (2001) - Child Abuse and the Media. **Issues Paper 14**. National Child Protection Clearinghouse. Melbourne: Australian Institute of Family Studies. 2001.
- GUERRA, I. C. (2006). **Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso**. Estoril: Principia.2006.
- HESBEEN, W. – **Qualidade em Enfermagem**; Loures: Lusociência, 1998.
- HOLZER, P. (2007). Defining the public health model for the child welfare services context. *Resource Sheet in Child Abuse Prevention, 11*. National Child Protection Clearinghouse.
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – **Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª Ed. rev. e act. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993. 200 p. ISBN 978-972-98811-8-3.
- JAMES, M. (2000). Child Abuse and Neglect: Part II - Practical Intervention and prevention. **Trends and issues in crime and criminal justice, 173, 2-6**
- KETELE, Jean-Marie De & ROEGIERS, Xavier (1998). **Metodologia da recolha de dados**. Lisboa: Instituto Piaget.1998.258p. ISBN: 978-972-77107-4-4
- KOLB, D. (1984). **Experiential Learning**. New Jersey: Prentice-Hall.1984.
- LE BOTERF, Guy de (1999) – **Compétence et navigation professionnelle**. Paris: Les Éditions D'Organisation.1999.
- LEANDRO, A (1988) «A problemática da criança maltratada em Portugal. Alguns aspectos jurídicos e judiciários», **Revista do Ministério Público, Centro de estudos Judiciários**. Lisboa 35/36, pp.55-84.
- MAGALHÃES, T. (2005). **Maus-tratos em Crianças e Jovens**. (4ª edição). Quarteto Editora.2005.

MALGLAIVE, G. (1990). **Ensinar adultos**. Porto: Porto Editora.1990.

MARTÍNEZ ROIG, A.; E PAÚL OCHOTORENA, J. (1993) - **Maltrato y abandono en la infancia**. Barcelona: Martínez Roca.1993.

MARTINS, P. (2002). **Maus Tratos a Crianças – O Perfil de um Problema**. Colecção Infantis, Centro de Estudos da Criança, Universidade do Minho.

MARTINS, Paula (2002) – **Maus tratos a crianças – o perfil de um problema**. Braga. Colecção Infans. Centro de Estudos da criança da Universidade do Minho.2002.

MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1994) - **Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook**. Sage Publications, 2nd Ed. Thousands Oaks.1994. ISBN: 9780803955400

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2008) – **Sucessos e problemas da Unidades de Saúde Familiar – Um estudo Qualitativo** [em linha]. Lisboa, Fevereiro de 2008. [Consult. 05.02. 2011]. Disponível em <http://mcsp.lvengine.com>

MORRISSON, T. (1996). Partnership and collaboration: Rhetoric and reality. **Child Abuse & Neglect**, 20, 127-140.

MUCCHIELLI, Roger (1974). **L'Interview de Groupe, Paris, Librairies Techniques**, Entreprise Moderne d'Édition e Les Editions ESF (3.^a edição).

NERO, Ana Cristina – A relação enfermeiro/médico: contribuição para a gestão de conflitos- Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta - 2008 - Id.: 49346655

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1996) - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 1996. (Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - **Algumas medidas distintivas para uma mudança dos Cuidados de Saúde Primários**. [em linha] 2006 [Consult.20 -12- 2011], disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=44&pag=9#highlight178>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **A Protecção da Criança**. Enunciado de Posição.15 de Março de 2007. Retirado em 22.06.2011. Disponível http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998)– **Código Deontológico do Enfermeiro**: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.1998

ORDEM DOS ENFERMEIROS: **Comissão de Especialidade de Saúde Comunitária da Ordem dos Enfermeiros**. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS MÉDICOS (2008) – **I Encontro das USF do Norte** [em linha]. 2008, 16 de Fevereiro. [Consult. 12.12.2011].

Disponível:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/Norte/Conclusoes.ppt>.

PERÉZ SERRANO, Gloria (1998). **Investigación Qualitativa. Retos e Interrogantes**. Vol I – Métodos. Madrid: Editorial La Muralla, S. A. 2ª Ed.1998.

PERRENOUD, Philippe (2001) – **Porquê construir as competências a partir da escola? - Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades**. Porto: Asa Editores

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) -**Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P.(2004) - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

PORTUGAL (1990). Lei n.º 48/90, publicada em DR – I Série, n.º 195 de 24/08/1990 (Lei de Bases da Saúde). Retirado em 2/12/2011 de www.min-saude.pt

PORTUGAL (1999). Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, publicado em DR – I Série – A, n.º 204, da mesma data (Lei de protecção de crianças e jovens em perigo).

PORTUGAL (2008). Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, publicado no DR – II Série, n.º236 de 05/12/2008 (Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco).

PORTUGAL (2008). Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, publicado no DR – II Série, n.º236 de 05/12/2008 (Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco).

PORTUGAL (2009 a). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro publicado no DR - I Série, nº 184 da mesma data. (cria Regime da Carreira Especial de Enfermagem)

PORTUGAL (2009). Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, publicado no DR - I Série, nº 180 da mesma data. (Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril; publicado em anexo Código Deontológico do enfermeiro).

PORTUGAL (2009). Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março, publicado em DR – I Série – A, n.º 54, da mesma data (Cria Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.)

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa**. Actualizada de acordo com a Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto. Coimbra: Almedina, 2008. 227 p. ISBN 978 972 40 3291 7-1

QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc (2003) - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3ª Ed., Lisboa: Gradiva, ISBN: 972-662-27-5-1.

RAMIÃO, Tomé d'Almeida (2010) – **Lei de protecção de crianças e jovens em perigo: anotada e comentada**. 6ª ed. actualizada e aumentada. - Lisboa: Quid Juris . 2010. - 496 p.ISBN 978-972-724-498 - 0

RAMOS, V. (2006). Projecto de Decreto-Lei sobre as USF: vantagens previsíveis para a população, para os profissionais e para a efectividade e eficiência nos CSP. **Jornal do Médico de Família**. 2006. 115, 6-7

RELVAS, A.P. (1996) **O ciclo vital da Família. Perspectiva sistemática**. Porto: Edições Afrontamento.

RIBEIRO, J. L. P. (1999) – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi,1999.

RICHARDSON, R. J. (1989) - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989

RUNYAN, D., WATTAM, C., IKEDA, R., HASSAN, F., & RAMIRO, L. (2002). **Child abuse and neglect by parents and other caregivers**. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano (Eds.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

RYCRAFF, J. (1990). Redefining abuse and neglect. A narrower focus could affect children At risk. 1990. **Public Welfare**, vol. 48, Winter, 14-21.

SARMENTO, M & VIEGAS, F. (2010) – **Pobreza Infantil**. Edição da rede Europeia Anti-Pobreza /Portugal, Braga.2010.

STANHOPE, Márcia; LENCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.1999. ISBN 972 -8383 – 05-03

STREUBERT, Helen J. ; CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista**. 2º Ed. Loures: Lusociência, 2002.383 p.

STREUBERT, Helen J. ; CARPENTER, Dona R. (2002) – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançado o imperativo humanista**. 2º Ed. Loures: Lusociência, 2002.383 p.

SWENSON, C. C., & CHAFFIN, M. (2006). Beyond psychotherapy: Treating abused children by changing their social ecology. *Aggression and Violent Behaviour*, 11, 120-137.

TAVARES, António (1992) - **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª ed. Lisboa :Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1992. - 223 p.

THOMAS, D., LEICHT, C., HUGHES, C., MADIGAN, A., DOWELL, K., & NOLAN, C. (2004). **Emerging practices in the prevention of child abuse and neglect**. U.S. Department of Health and Human Services.

TOMISON, A. M. (1999). **Prevention is better than cure: exploring strategies for the prevention of child abuse and neglect**. Invited keynote address presented at the 1999 Xi'an International Conference on Child Abuse and Neglect, Xi'an, China.

UE, EU INTEGRATION SEEN THROUGH STATISTICS (2006) - **Key Facts of 18 Policy Area, Eurostat**, 2006 Edition, European Communities, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006. [em linha] [consult.02.05.2011]. Disponível em:<http://europa.eu>

VALLES, Miguel S. (1997). **Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional**. Madrid: Editorial SÍNTESIS, S.A.1997

VULLIAMY, A., & SULLIVAN, R. (2000). **Reporting child abuse: Paediatricians experiences with the child protection system**. *Child Abuse & Neglect*, 24,2000. 1461-1470.

WALLERSTEIN, N. (1992). Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 6 (3), 197-201.

WARD, G. K., BENNETT, S., PLINT, A. C., KING, W. J., JABBOUR, M., & GALBOURY, M. (2004). Child protection: a neglect area of paediatric residency training. 2004. ***Child Abuse & Neglect***, 28, 1113-1122.

WHO (2002) – **Active ageing: a policy framework**. Geneva 2002 (<http://www.euro.who.int> – WHO/NMH/NPH/02.8) (acedido 21-05-2011)

WORD HEALTH ORGANIZATION (2006). **Preventing child maltreatment; A guide to taking action and generating evidence**. [em linha] 2006 [Consult.12 -06- 2011], disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999). **Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All** Series n.º 6, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

ZIGLER, E., & HALL, N. W.(1989) - Physical abuse in America: past, present and future. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 38-75). **New York: Cambridge University Press.** 1989.

ANEXOS

ANEXO I

CRONOGRAMAS: MÓDULOS I E II DE ESTÁGIO E DAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Anexo a – Cronograma do Módulo I de Estágio

Anexo b – Cronograma de actividades do Módulo I de Estágio

Anexo c – Cronograma do Módulo II de Estágio

Anexo d – Cronograma de actividades do Módulo II de Estágio

Anexo I a – Cronograma do Módulo I de Estágio: 25 Abril - 18 Junho 2011

Cronograma do Módulo I de Estágio

		Abril					Maio																					
		1º Semana					2º Semana					3º Semana					4º Semana					5º Semana						
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		
		25	26	27	28	29	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27		
Horário		Feriado	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	Saúde Escolar	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	9-16 h	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	9-16 h	Univ. Católica	9-16 h	Fim-de-semana

		Junho																	
		6º Semana					7º Semana					8º Semana							
		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª			
		30	31	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	18		
Horário		9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	Tolerância	Feriado Oeiras	Férias	Férias	Feriado	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	9-16 h	Univ. Católica	9-16 h	Fim-de-semana

LEGENDA:



Horário Estágio - Total: **180 Horas**



Feriados



Horas de estudo e tutorais – Total: **70 horas**



Horário Saúde Escolar - UCC Saúdar

ANEXO I b – Cronograma por actividades do Módulo I: 25 Abril – 18 Junho 2011

ACTIVIDADES Módulo I	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana
	25/29 Abril	2/6 Maio	9/13 Maio	16/20 Maio	23/27 Maio	30/3 Junho	6/10 Junho	13/18 Junho
Integração no NACJR de Oeiras ocidental e respectiva equipa.								
Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar do NACJR								
Caracterização da área programática física e organizacional do ACES de Oeiras e do NACJR de Oeiras ocidental.								
Caracterização física e organizacional do ACES Oeiras								
Identificação nº de Unidades Funcionais /nº de profissionais de saúde da área geográfica do Aces de Oeiras Ocidental								
Elaboração e realização de entrevistas em grupo a todos os profissionais de saúde /Unidades Funcionais, do ACES de Oeiras ocidental que trabalham em articulação com o NACJR								
Caracterização e funcionamento da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras.								
Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo								
Trabalho individual/estudo								
Realização de reuniões formais e informais com a Enf. ^a especialista orientadora do estágio								
Realização de reuniões formais com a docente orientadora do estágio.								

Anexo I c – Cronograma do Módulo II de Estágio: 26 Setembro - 19 Novembro 2011

Cronograma do Módulo II de Estágio

	SETEMBRO					OUTUBRO																								
	1º Semana						2º Semana						3º Semana						4º Semana						5º Semana					
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	
	26	27	28	29	30		3	4	5	6	7		10	11	12	13	14		17	18	19	20	21		24	25	26	27	28	
Horário	Saúde Escolar	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	Saúde Escolar	9-16 h	Feriado	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	Univ. Católica	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana

NOVEMBRO																		
	6º Semana						7º Semana						8º Semana					
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª		2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	
	31	1	2	3	4		7	8	9	10	11		14	15	16	17	18	19
Horário	9-16 h	Feriado	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	9-16 h	9-16 h	Fim-de-semana	9-16 h	9-16 h	Saúde Escolar	Univ. Católica	9-16 h	Fim-de-semana

LEGENDA:



Horário Estágio – **Total: 180 Horas**



Feriados



Horas de estudo e tutorais – **Total: 70 horas**



Horário Saúde Escolar - UCC Saúdar

Anexo I d – Cronograma de actividades do Módulo II de Estágio

ACTIVIDADES Modulo II	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana	7ª Semana	8ª Semana
	26/30 Set.	3/7 Out.	10/14 Out.	17/21 Out.	24/28 Out.	31/4 Nov.	7/11 Nov.	14/19 Nov.
Preparação de apresentação em formato "power point" sobre a realização do diagnóstico e resultados encontrados								
Apresentação dos resultados do diagnóstico da situação à equipa multidisciplinar do NACJR								
Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar do NACJR								
Elaboração de um ficheiro em formato informático								
Reunião com o técnico de informática								
Elaboração de dossier com materiais teóricos de apoio Aces de Oeiras								
Apresentação do projecto de estágio à equipa multidisciplinar do Núcleo								
Trabalho individual/estudo								
Realização de reuniões formais e informais com a Enf.ª especialista orientadora do estágio								
Realização de reuniões formais com a docente orientadora do estágio.								
Participação nas reuniões da CPCJO								
Elaboração de um guia de contactos do Aces de Oeiras								

ANEXO II

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO CLÍNICO DO ACES DE
OEIRAS PARA CONSULTA DE DADOS E REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Jorgelina Maria G. R. Beckert Rodrigues, enfermeira deste ACES, no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, que se encontra a frequentar, na Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver o seu Projecto de Estágio no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do ACES de Oeiras Ocidental. A tutoria dos estágios está a cargo da Sr.^a Professora Ana Resende e da Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública Luísa Horta e Costa.

O NACJR do ACES de Oeiras Ocidental sendo um serviço que actua no 1º nível de intervenção, propõe-se promover uma acção coordenada em intercooperação com os diferentes profissionais das demais Unidades de Saúde Funcionais do ACES Oeiras Ocidental em que se integra, tendo em vista a promoção de boas práticas dos profissionais envolvidos na intervenção no risco de mau trato e negligência à criança e jovem.

Assim, nesta fase do Projecto de estágio, e indo ao encontro dos objectivos do NACJR e aos preconizados pelo Curso, pretendemos realizar um estudo que visa conhecer as percepções dos profissionais de saúde no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização ao NACJR de situações de risco e mau trato.

Venho por este meio, solicitar autorização para a realização do estudo e para recolha de dados relevantes para o mesmo, junto dos serviços administrativos deste ACES.

Agradeço desde já a atenção dispensada de V.^a Ex.^a para este assunto.

Oeiras, 2 de Maio de 2011

Atenciosamente

Jorgelina Beckert Rodrigues

*Devolvendo
é de interesse para
a equipa de Enfermagem
e para o ACEP.
A enfermeira C. Cláudia
Horta Graciele Pires*

ANEXO III

PEDIDO DE CONSENTIMENTO AOS COORDENADORES DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES DE OEIRAS PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exma. Sr.^a Dr.^a Ana Isabel Dias

Coordenadora da USF Conde de Oeiras

Assunto: Pedido de entrevista

Jorgelina Maria G. R. Beckert Rodrigues, enfermeira deste ACES, no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, que se encontra a frequentar, na Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver o seu Projecto de Estágio no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do ACES de Oeiras Ocidental. A tutoria do estágio é da responsabilidade da Sr.^a Professora Ana Resende e da Sr.^a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública Luísa Horta e Costa.

O NACJR do ACES de Oeiras Ocidental sendo um serviço que actua no 1º nível de intervenção, propõe-se promover uma acção coordenada em intercooperação com os diferentes profissionais das demais Unidades de Saúde Funcionais do ACES Oeiras Ocidental em que se integra, tendo em vista a promoção de boas práticas dos profissionais envolvidos na intervenção no risco de mau trato e negligência à criança e jovem.

Assim, nesta fase do Projecto de estágio e indo de encontro aos objectivos do NACJR e aos preconizados pelo Curso, pretendemos conhecer as percepções dos profissionais de saúde do ACES Oeiras Ocidental, no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização ao NACJR de situações de risco e mau trato.

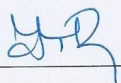
Solicita-se, pelo exposto, a sua superior autorização para na próxima reunião de equipa multidisciplinar desta USF, possa estar presente por um período breve de 20 minutos, e conhecer as opiniões/necessidades percebidas pelos profissionais, numa dinâmica de partilha construtiva.

Por motivos de rigor metodológico, e após consentimento informado dos participantes, pretende-se que a entrevista seja áudio gravada. Estas entrevistas decorrerão segundo os princípios éticos aplicados à investigação, particularmente no que se refere à confidencialidade da informação recolhida. As gravações serão destruídas após transcrição dos dados e servem apenas a função de manter a fidelidade da informação expressa pelos participantes.

Agradeço desde já a atenção dispensada de V. Ex.^a para este assunto.

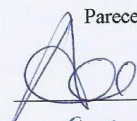
Com os melhores cumprimentos.

Jorgelina Beckert Rodrigues



Parecer da equipa coordenadora

Dra. Ana Isabel R. Dias
COORDENADORA
USF Conde de Oeiras
ACES OEIRAS


Ana Isabel R. Dias

ANEXO IV

PEDIDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre a opinião / necessidades sentidas pelos profissionais das Unidades Funcionais do Aces Oeiras durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização de crianças e Jovens em risco.

Direitos

Eu percebo e aceito que a minha participação na Entrevista em Grupo é voluntária e eu posso abandonar a entrevista quando entender.

Confidencialidade

Por motivos de rigor metodológico, eu concordo que a entrevista efectuada, seja áudio gravada. Tive conhecimento que todos os procedimentos, relativos as entrevistas, decorrerão segundo os princípios éticos aplicados à investigação, particularmente no que se refere à confidencialidade da informação recolhida. Os meus dados pessoais são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo.

Tive conhecimento que as gravações serão destruídas após transcrição dos dados e servem apenas a função de manter a fidelidade da informação expressa pelos participantes.

Data _____

Assinaturas dos participantes:

ANEXO V

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Bloco Temático

Tema da entrevista: Sinalização de situações de risco e mau trato ao NACJR: organização e articulação multidisciplinar.

Legitimar a entrevista:

- Apresentação
- Breve introdução do Estudo (objectivos/intenções)
- Objectivos da entrevista
- Motivar o entrevistado para o tema da entrevista
- Regras da discussão de grupo (todas as opiniões são importantes; não falar em simultâneo; respeitar as opiniões de todos).
- Consentimento para a gravação da entrevista (garantir confidencialidade)

Caracterização sociodemográfica dos participantes:

- Género
- Idade
- Categoria profissional
- Tempo de experiência profissional
- Experiência profissional em cuidados de saúde primários.

Formulário de Questões

Objectivo - Perceber se os profissionais/ equipas das diversas unidades de saúde identificam o NACJR, a sua localização e forma de contacto.

Q 1 – *O Núcleo recentemente mudou para as instalações da UCC e tem sentido que por vezes os profissionais não têm a certeza a que gabinete se devem dirigir. O que acham disto?*

Q 2 – *O Núcleo tem uma equipa multidisciplinar de 5 profissionais. Sentem facilidade em identificá-los?*

Q 3 – *Qual lhes parece neste momento a forma mais acessível de contactar o núcleo e fazer a sinalização de uma situação de risco?*

Q 4 – *Normalmente quando é identificada uma situação de criança/jovem em risco, como é feita essa sinalização ao Núcleo?*

Q 5 – *Normalmente a sinalização ao Núcleo é feita do preenchimento do documento de sinalização?*

Q 6 – *Todos têm conhecimento da existência do documento de sinalização?*

Objectivo – Perceber se os profissionais/ equipas das diversas unidades de saúde têm acesso ao dossier de instrumentos de registo e ao dossier de contactos

Recentemente a Direcção Geral de Saúde em Fevereiro 2011, elaborou um documento (guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção) que visa constituir um instrumento de

trabalho útil para todos os profissionais e equipas que lidam com a problemática dos maus-tratos em crianças e jovens.

Q 7 – *Gostaria de saber se já tiveram contacto com este documento?*

Q 8 – *Gostaria de saber se normalmente é consultado quando necessitam de orientações nas intervenções ou mesmo antes da sinalização de uma criança/ jovem ao núcleo?*

Objectivo – Conhecer as dificuldades sentidas pelos profissionais/ equipas das diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras Ocidental na utilização do instrumento de sinalização ao NACJR.

Q 9 – *Gostaria de saber se aqui na unidade existe um dossier organizado respeitante a esta problemática (com a ficha de sinalização ao NACJR) a que todos os profissionais tenham fácil acesso?*

Q 10 – *Sentem dificuldade no preenchimento do documento de sinalização ao NACJR?*

Q 11 – *Na vossa opinião, em termos de problemática de crianças e jovens em risco para uma efectiva articulação entre os profissionais das unidades e o núcleo que sugestões dariam?*

Q 12 – *Gostariam de acrescentar mais alguma coisa em relação a este assunto?*

Penso que neste momento o objectivo da entrevista foi atingido. Mais uma vez agradeço a vossa colaboração e disponibilidade, por poder estar presente nesta reunião. Continuação de bom trabalho.

ANEXO VI

METODOLOGIA E RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO ACES DE OEIRAS OCIDENTAL

❖ OBJECTIVOS DO ESTUDO

OBJECTIVO GERAL

- Conhecer as necessidades sentidas pelos profissionais das UF durante os procedimentos de sinalização de crianças e jovens em risco ao NACJR.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Perceber se os profissionais/ equipas das diversas unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental identificam o NACJR, através da sua localização física e forma de contacto.
- Perceber a partir da comunicação dos profissionais/ equipas das diversas UF, qual o acesso ao suporte de registos (documento de sinalização) e documentação de apoio, segundo as orientações emanadas pela DGS.
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos profissionais/ equipas das UF do ACES de Oeiras Ocidental na utilização do instrumento de sinalização ao NACJR.
- Conhecer a opinião dos diversos profissionais quanto aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR
- Identificar estratégias de intervenção facilitadoras de articulação entre as UF e o NACJR.

❖ PARTICIPANTES

De acordo com STREUBERT IN STREUBERT E CARPENTER, (2002, p. 25), os indivíduos que constituem a população da investigação qualitativa são geralmente designados por "participantes" ou "informantes", e não por "sujeitos", pois como esclarecem, o "uso do termo participante ilustra melhor a posição que os investigadores qualitativos subscrevem". Acrescentam que os participantes devem ser seleccionados para participar de acordo com critérios, tais como a sua experiência, interacção social ou fenómeno de interesse, que esteja de encontro ao objectivo do estudo, o que requer do investigador um exaustivo conhecimento dos possíveis participantes e as circunstâncias que os envolvem (grupo ou instituição). Neste sentido optámos pelo termo participante em detrimento de sujeito, orientando-nos por uma postura de não agir sobre as pessoas que tomam parte na investigação, mas considerá-las activas no estudo.

Ainda a este propósito RIBEIRO (1999), refere que participantes "indica quem participa no estudo (a população ou universo), quantos são e como foram seleccionados (a amostra)", e deve incluir aspectos e variáveis consideradas importantes para o estudo, nomeadamente variáveis sociodemográficas.

❖ POPULAÇÃO

De acordo com FORTIN (2003, p.373) considera-se população o " conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação.". Nesta perspectiva, estabeleceu-se que a população em estudo seria composta pelos profissionais de saúde:

- Médicos de Medicina Geral e Familiar;
- Enfermeiros;
- Assistentes técnicos;
- Psicólogos;
- Técnicos do serviço social;

Pertencentes as equipas multidisciplinares, das: USFs; UCSPs; UCC; do ACES de Oeiras Ocidental. Estes profissionais tem como denominador comum o facto de no âmbito da sua intervenção se encontrarem numa situação privilegiada na detecção precoce do risco de provável mau trato e/ou negligência à criança.

Optou-se por considerar como participantes do estudo todos os elementos da população, à excepção da autora do estudo, que também a integra.

Decidiu-se ainda, que não seria relevante realizar entrevista na Unidade de Recursos Partilhados (URAP), tendo em conta que os psicólogos e assistente social, embora estejam integrados organicamente nesta unidade de saúde, fazerem parte da equipa nuclear do Núcleo ou desempenham a sua actividade nas UF.

Admitiu-se desta forma, poder obter uma visão global e fidedigna do fenómeno em estudo, privilegiando essencialmente as experiências das práticas dos profissionais que articulam de uma forma directa com o NACJR, permitindo a obtenção de respostas de uma forma ampla, contribuindo para aumentar a profundidade e fiabilidade do estudo.

No ACES de Oeiras, zona Ocidental, onde decorreu o estudo, partiu-se da população total descrita no quadro 1, com dados solicitados ao Conselho Clínico e disponibilizados pelos serviços administrativos. Constavam em Junho de 2011, um total de 142 profissionais de saúde, distribuídos pelas diversas unidades de saúde, conforme se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 1 – Profissionais afectos às Unidades funcionais de Saúde do Aces de Oeiras ocidental

Unidades Funcionais	Médicos MGF	Enfermeiros	Assistentes Operacionais	Técnicos do Serviço Social	Psicólogos	TOTAL
UCC SAÚDAR	0	14	0	0	0	14
USF SÃO JULIÃO	10	8	5	0	0	23
USF CONDE DE OEIRAS	8	9	5	0	0	22
UCSP OEIRAS	10	11	3	0	0	24
UDF DELTA	8	6	5	0	0	19
UCSP PAÇO D'ARCOS	10	7	8	0	0	25
UCSP BARCARENA	4	3	2	0	0	9
URAP	0	0	2	2	2	6
TOTAL	50	58	30	2	2	142

Fonte: Base de dados do Serviço Administrativo do ACES de Oeiras em 01.06.2011.

De acordo com GUERRA (2006), na abordagem qualitativa, deve-se ter em conta como critério geral o equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade do grupo. Seleccionaram-se grupos de conveniência (UF) em que a segmentação da amostra esta relacionada com as características dos participantes (profissionais de saúde) em torno do que esta em estudo. Foram seleccionados os participantes que teoricamente poderiam proporcionar mais e melhor informação.

Na selecção dos participantes procurou-se a homogeneidade, tendo como base o critério de se ter um grupo estruturado, ou seja, profissionais de uma mesma organização (ACES Oeiras) com locais de trabalho distintos (edifício Oeiras, edifício Paço de Arcos e edifício Barcarena), inseridos em diferentes unidades funcionais. De acordo com GUERRA (2006), nesta selecção procurou-se, também, uma diversidade interna dos participantes através de uma característica comum, que neste estudo é a actuação na detecção, intervenção e sinalização de situações de risco de maus-tratos e negligência a crianças e jovens ao NACJR.

Neste estudo são ainda considerados os diferentes níveis de habilitações académicas e de desenvolvimento profissional dos participantes, variáveis que, segundo a referida autora, conferem a heterogeneidade dos sujeitos em estudo.

❖ INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Entrevista Semi-Estruturada em Grupo

De acordo com KETELE & ROEGIERS (1998, p.18) “A entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações”.

Segundo BOGDAN E BILKEN (1994, p.134), “ a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.”

A entrevista de grupo dirige-se, por definição, a um grupo, acerca do qual se presume a existência de uma vida colectiva, uma actividade comum e particular a esse grupo no modo de experienciar algo que faz parte das suas condições de existência, do ‘vivido’ do grupo. Assim, no caso da entrevista de grupo, o tema ou objecto de estudo está intrínseco à vida do grupo, onde os participantes estão necessariamente implicados no tema ou no problema. O tema é inerente à existência de membros do grupo, enquanto tais. (MUCCHIELLI, 1974, p. 6-7).

A entrevista de grupo, embora apresente um dispositivo semelhante a outra técnica que visa obter dados sobre as percepções dos entrevistados acerca de determinada área de interesse, referimo-nos ao "focus group", distinguem-se na medida em que visam atingir objectivos completamente diferentes. O "focus group", reporta-se à entrevista a um grupo de pessoas focalizada num tema, que é exterior à vida do grupo, pretendendo-se a reflexão sobre uma temática, onde cada elemento do grupo tem um interesse pessoal apenas numa perspectiva, intelectual, técnico, profissionais, entre outros.

De entre os vários modelos de entrevista, no estudo em questão optámos pela entrevista semi-directiva ou semi-estruturada (GHIGLIONE, & MATALON, 1993; FONTANA & FREY, 1994). A eleição pela utilização deste tipo de entrevista deve-se as vantagens que apresentam e segundo a perspectiva de VALLES (1997, 196), permitem “ a possibilidade de acesso a uma grande riqueza informativa (contextualizadas e através das palavras dos actores e das suas perspectivas); a possibilidade do (a) investigador (a) esclarecer alguns aspectos no seguimento da entrevista, o que a entrevista mais estruturada ou questionário não permitem; é geradora, na fase inicial de qualquer estudo, de pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, a definição de novas estratégias e a selecção de outros instrumentos”.

Nesta variante de entrevista é fundamental o domínio do tema por parte do entrevistador, permitindo-lhe flexibilidade em adequar a ordem e a forma como as perguntas são efectuadas no decorrer da entrevista, possibilitando-lhe direccionar a entrevista aos objectivos do estudo, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista (GHIGLIONE, & MATALON, 1993).

Neste estudo utilizou-se uma metodologia qualitativa privilegiando-se na abordagem um paradigma interpretativo, pelo facto de se considerar que a interpretação e compreensão, baseados na informação proporcionada pelos intervenientes, nos permite ter acesso ao conhecimento da realidade, tal como esta é vivenciada.

Esta estratégia de pesquisa no dizer de PERÉZ SERRANO (1998), baseia-se na investigação de um fenómeno contemporâneo no seu contexto real, sem que exista a necessidade de

demarcação efectiva entre as fronteiras existentes entre o mesmo e o espaço em que é estudado, podendo o investigador utilizar diferentes formas para a colheita de dados.

Considera-se do tipo exploratório, por não existir teoria suficientemente comprovada que antecipe hipóteses de resultados. Assim, procurou-se analisar uma realidade específica, através dos relatos dos participantes intervenientes, de modo a conhecer as suas concepções e posturas face ao fenómeno em estudo, tendo em consideração as potencialidades e constrangimentos, subjacentes ao processo, e os aspectos condicionantes face às influências contextuais.

Caracterizou-se como transversal, particularmente, pelo facto, dos procedimentos efectuados para a recolha de dados terem decorrido num momento temporal específico (RICHARDSON 1989), possibilitando a descrição do fenómeno em estudo e das relações com ele estabelecidas pelo grupo de sujeitos determinado, nesse dado período.

A investigação no paradigma qualitativo, pressupõe uma aproximação do investigador à realidade que se pretende estudar "o contacto directo do investigador com a situação e o contexto socioprofissional em que operam e interagem os actores" (COSTA, 2002).

Com base nestes pressupostos, perspectivou-se como proveitosa a presença do investigador no terreno de estudo, a fim de permitir uma melhor compreensão em que este se enquadra e dos actores. Contudo apesar desse envolvimento procurou-se manter um processo de actuação sistémico e rigoroso, no sentido de manter a credibilidade do estudo descrevendo rigorosamente os procedimentos utilizados.

As entrevistas semi-estruturadas caracterizam-se pela existência de um guião orientador, constituído por um conjunto de perguntas, relativamente abertas, a partir das quais pretende receber informação por parte do entrevistado e que servirá de base à realização da entrevista (GHIGLIONE, & MATALON, 1993). Este guião constitui-se essencialmente como um apoio ao entrevistador, garantindo no entanto, a liberdade na exploração das questões no decorrer da entrevista. Por outro lado, permite que o entrevistado fale abertamente, sendo preocupação do entrevistador reencaminhar a entrevista para os objectivos desta, caso o entrevistado se afaste dos mesmos. A utilização deste tipo de entrevista também teve o intuito de na medida do possível, todos os grupos de profissionais respondessem às mesmas perguntas. Na estruturação do guião e realização das entrevistas, atenderam-se às indicações preconizadas por diversos autores que abordam esta temática, como RICHARDSON (1989), FODDY (1996), QIVY E VAN CAMPENHOUDT (2003).

Relativamente à estrutura e conteúdo do guião de Entrevista, após a sua redacção, foi submetido à discussão e à crítica das orientadoras de estágio, tendo sido efectuada uma revisão, e posteriormente realizado um pré teste.

Na perspectiva de POLIT, BECK E HUNGLER (2004, p.254) o pré -teste é " (...) um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas."

Este deve ainda ser aplicado segundo FORTIN (1999) a " (...) uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de se verificar se as questões foram bem compreendidas".

Neste sentido, no início do mês de Junho de 2011, foi realizado um pré-teste, na Unidade de Cuidados na Comunidade, com o objectivo de se verificar a fiabilidade e conformidade do instrumento à finalidade do estudo.

Esta etapa foi muito importante, na medida em que permitiu verificar a redacção, validade e ordem das questões, capacitarmo-nos no que concerne à utilização da técnica de entrevista, prever a duração de cada entrevista e testar a utilização do meio seleccionado para registar as entrevistas (registo *áudio*), para posterior transcrição das mesmas.

Foram efectuadas pequenas reformulações nalgumas questões nomeadamente na linguagem, por parecerem pouco explícitas. Foi então concluída a versão final da entrevista semi-estruturada.

A entrevista realizada durante o pré-teste veio a ser incluída no estudo, por não se observarem diferenças de relevo face às restantes.

❖ PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No que concerne à realização das entrevistas, o facto da investigadora desenvolver a sua actividade profissional na instituição onde se processou o estudo, encontrando-se familiarizada e integrada no meio dos actores participantes, acredita-se não ter provocado enviesamento que reduzam a fiabilidade dos resultados obtidos. No decurso das entrevistas, a estrutura de comunicação, e interacção que desenvolvemos com os entrevistados, permitiu-nos estabelecer uma relação assertiva no papel de entrevistador, promovendo a distância e evitando o envolvimento pessoal. Considera-se que a inserção e aceitação no contexto do estudo enquanto investigadora se efectuou de forma natural, tendo sido mantidas as fronteiras entre os nossos propósitos sempre de forma clara no decurso da investigação.

A realização das entrevistas decorreu entre 23 de Maio e 18 de Junho de 2011. As entrevistas decorreram, em dias e horário pré acordados com os respectivos coordenadores das diferentes UF em estudo. Com cada coordenador e responsável de enfermagem nas diversas UF, foi feito um primeiro contacto, inicialmente de forma pessoal, esclarecendo os objectivos e finalidade do estudo, fazendo sentir a indispensabilidade da sua colaboração e da sua equipa, para a prossecução do trabalho.

Posteriormente, após apurada a sua disponibilidade e vontade em participar, foi dirigido a todos os coordenadores, um pedido por escrito, para permissão da realização das entrevistas (ANEXO III).

Como estratégia e de forma a minimizar a interferência nas rotinas das unidades de saúde, a realização da entrevista foi oportunamente incluída na ordem de trabalhos das reuniões de serviço que ocorrem semanalmente, e onde existe a possibilidade de estarem presentes um elevado número de profissionais de saúde. Nestas situações, a entrevista foi realizada no início da reunião, ausentando-se o entrevistador após a sua conclusão e prosseguido a ordem de trabalhos.

Nas UF que não apresentavam uma periodicidade de reunião de serviço no período previsto para a realização deste estudo, foi acordado com os respectivos coordenadores das unidades a convocatória por estes, de uma reunião de serviço, em dias e horário conveniente aos mesmos, de modo a proceder-se à realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas no contexto das respectivas unidades funcionais de saúde (sala de reuniões), espaços que garantidamente possibilitaram a realização das mesmas de forma tranquila e sem interrupções.

No sentido de legitimar as entrevistas, na fase inicial procedeu-se à explicação da temática e objectivo da entrevista, informando o tempo previsto de duração, assegurando a confidencialidade das informações prestadas e solicitando consentimento para gravação das mesmas em sistema *audio*. Esta anuência foi concedida em todas as entrevistas pelos profissionais presentes, através da concordância por escrito de todos os participantes. (ANEXO V).

Nesta fase, foi ainda solicitado a todos os presentes, o preenchimento do documento referente aos dados sociodemográficos.

A condução das entrevistas foi efectuada introduzindo progressivamente as questões, de modo a estimular os entrevistados a desenvolver o assunto em causa, pretendendo, no entanto, não condicionar previamente uma resposta. Quando se verificava um desvio à temática ou algum aspecto menos claro procurou-se retomar o raciocínio, integrando de novo o tema ou determinado aspecto, de forma a clarifica-lo.

As entrevistas tiveram a duração média de 20 minutos, tendo sido dadas como terminadas quando se verificou que estava a haver redundância do discurso. Contudo foi sempre dada a oportunidade aos entrevistados de referirem que não tinham mais nada a acrescentar. É importante referir que as intervenções dos participantes não foram homogéneas, havendo em todos os grupos, participantes mais activos, que respondiam prontamente às questões, e os restantes entrevistados, normalmente em caso de concordância anuíam afirmativamente, através de linguagem não verbal.

❖ CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Concordamos absolutamente com RIBEIRO (1999) quando refere que " os aspectos éticos são decisivos em investigação", nesta perspectiva foram considerados os princípios éticos e deontológicos estabelecidos (CIOMS, 2002;WHO 2002), que importa respeitar durante o processo de realização um estudo.

Neste estudo foi garantida a livre escolha na sua participação e a confidencialidade dos ambientes organizacionais, bem como dos participantes do estudo.

Neste sentido, e apesar da autonomia funcional e organizativa das UF, foi dado conhecimento ao Conselho Clínico do ACES de Oeiras sobre a solicitação do estudo junto dos coordenadores das unidades e feito um pedido de autorização para recolha de dados relevantes para o mesmo, junto dos serviços administrativos, o qual foi aprovado. (ANEXO III).

Foi feito um pedido de autorização para a realização das entrevistas a cada coordenador, pelo que o período para a realização das entrevistas, só teve início, após a sua aprovação pela coordenação das diversas unidades funcionais (ANEXO IV).

Durante a realização das entrevistas, também foram respeitados os aspectos éticos a ter em conta, através do esclarecimento da natureza do estudo a todos os profissionais entrevistados, sendo assegurada a confidencialidade dos dados, o anonimato das fontes, o esclarecimento de dúvidas e a livre escolha de cada um participar no estudo.

Foi solicitado também o seu consentimento para a gravação da entrevista, apenas modo *áudio*, garantindo a possibilidade de leitura da transcrição efectuada e de confrontação com as declarações prestadas, o que foi autorizado em todas as entrevistas realizadas. Aos participantes foi ainda assegurado que a utilização dos dados, se destinaria unicamente para o presente estudo, e não para outros fins, sendo destruída a gravação, após a transcrição dos dados, servindo apenas a função de manter a fidelidade da informação expressa pelos mesmos.

De modo a garantir o anonimato dos participantes neste estudo, as entrevistas foram codificadas da seguinte forma: a unidade de saúde por letras maiúsculas por ordem alfabética e aos participantes foi-lhe atribuída a letra da respectiva unidade e um número.

Neste estudo, não houve conflito de interesses do investigador.

❖ CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na selecção e caracterização da amostra estiveram por base os objectivos e a finalidade do estudo. Em estudos qualitativos, o critério que determina o valor da amostra é o da adequação aos objectivos da investigação, pelo que, segundo ALBARELLO ET AL. (1997), a questão da representatividade em termos estatísticos não se coloca.

FORTIN (2003 p.56), também refere que " Na abordagem qualitativa, a base da amostragem não é estatística: procura-se sobretudo juntar entre os participantes de um estudo as propriedades concretas de um grupo ou de uma situação".

Considerando o envolvimento de todos os profissionais de saúde um princípio fundamental na detecção precoce das situações de risco e perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados, considerou-se pertinente conhecer a opinião de toda a população de profissionais de saúde da Aces de Oeiras Ocidental, particularmente na sinalização e /ou encaminhamento de casos, para o NACJR.

Critérios de inclusão

Dos critérios de inclusão na amostra constaram:

1. Pertencer as equipas multidisciplinares das UFS, UCSP e UCC do ACES de Oeiras Ocidental.
2. Estar presente na reunião da equipa multidisciplinar (da respectiva unidade) na data da entrevista.
3. Aceder livremente a participar no estudo.

Inicialmente a amostra coincidia com a população ($n = N$), na medida em que todos os profissionais das unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental, tinham probabilidade de entrar no estudo, através da sua presença nas reuniões de equipa multidisciplinar, na data planeada para a entrevista nas respectivas unidades de saúde.

Contudo, a ausência de alguns elementos e a indisponibilidade de outros, assim como a liberdade não participarem no estudo, induziu a utilização de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

CARMO E FERREIRA (1998, p. 197) atribuem esta designação ao tipo de amostra, determinada pela disponibilidade "...utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível...", e acessibilidade dos participantes. Referem neste tipo de amostragem o inconveniente dos "...resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência". Contudo, salientam que da "qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reserva".

Dimensão da amostra: considerando que a prevalência da adesão de participantes é de 52,4%, a dimensão da amostra foi de 74 profissionais de saúde, conforme se pode observar no Quadro 2, respeitante à distribuição dos profissionais de saúde participantes nas entrevistas efectuadas nas diferentes UF, do ACES de Oeiras Ocidental.

Quadro 2: POPULAÇÃO DE ENTREVISTADOS DO ACES DE OEIRAS OCIDENTAL

Unidades de Saúde	Médicos MGF	Enfermeiros	Assistentes Técnicos	Psicólogos	TOTAL
UCC SAÚDAR	0	7	0	0	7
USF SÃO JULIÃO	9	6	3	0	18
USF CONDE DE OEIRAS	6	6	0	0	12
UCSP OEIRAS	5	5	0	0	10
USF DELTA	4	4	1	0	9
UCSP PAÇO D'ARCOS	3	5	4	1	13
UCSP BARCARENA	2	2	1	0	5
TOTAL	29	35	9	1	74

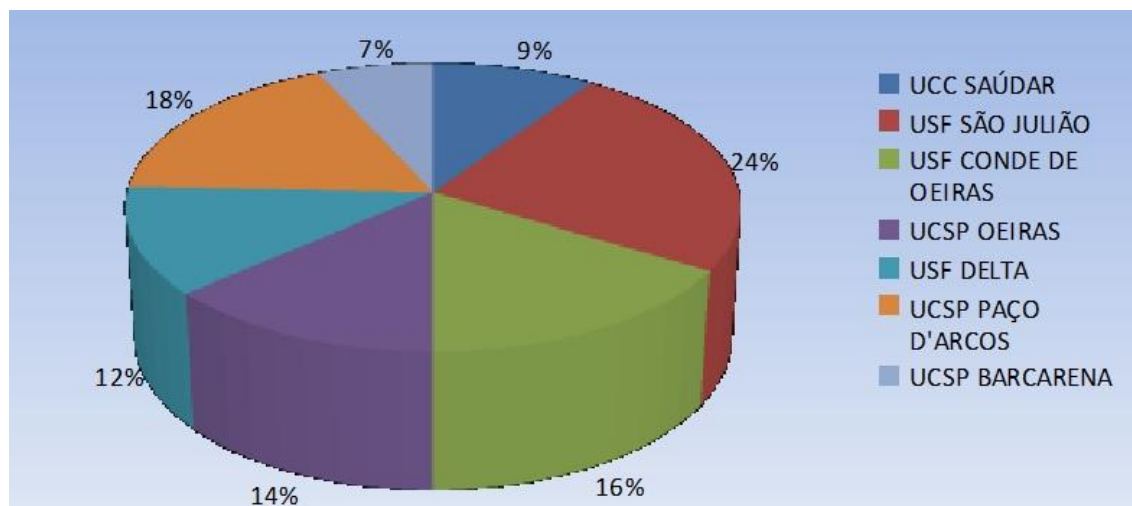
Neste estudo foi realizada uma entrevista ao grupo de profissionais de saúde, de cada uma das UF do ACES de Oeiras ocidental.

Foram efectuadas sete entrevistas na sua totalidade, tendo abrangido todas as Unidades Funcionais existentes no Aces de Oeiras ocidental, das quais: 3 USF; 3 UCSP, 1 UCC, com um total de 74 participantes.

A amostra deste estudo é constituída pelos profissionais de saúde que participaram nas entrevistas em grupo, efectuadas nas referidas UF do Aces de Oeiras Ocidental entre os meses de Junho e Julho de 2011.

Procedendo à caracterização da amostra quanto à distribuição dos participantes por Unidade Funcional, Gráfico 1, podemos constatar que, 18 (24, 3%), pertencem à USF São Julião, 12 (16,2%) à USF Conde de Oeiras, 9 (12,1%) à USF Delta, 13 (17,5%) à UCSP Paço de Arcos, 10 (13,5%) à UCSP Oeiras, 5 (6,7%), à UCSP Barcarena e 7 (9,4%) à UCC Saúdar.

Gráfico 1 -Distribuição dos Participantes por Unidade Funcional



Para a caracterização dos participantes incluíram-se também as variáveis sociodemográficas, como: gênero, idade, categoria profissional, anos de experiência profissional e tempo de experiência profissional em cuidados de saúde primários.

- **Distribuição segundo o Gênero**

Quadro 3: Caracterização da amostra segundo a variável gênero

Gênero	Frequência	Percentagem
Masculino	12	16,2
Feminino	62	83,8
Total	74	100,0

Como se observa no Quadro 3, a predominância de participantes neste estudo é do gênero feminino 62 (83.8%), existindo apenas 12 (16,2%) participantes do gênero masculino.

Relativamente às variáveis idade, anos de experiência profissional e tempo de experiência profissional em cuidados de saúde primários, optou-se pela resposta em classes pré - definidas.

- **Distribuição segundo a Idade**

Quadro 4: Caracterização da amostra segundo a variável idade

Intervalos de idade	Frequência	Percentagem
<35	12	16,2
35 - 45	14	19,0
46 - 54	26	35,1
≥ 55	22	29,7
Total	74	100.0

No quadro 4 apresenta-se a distribuição das idades dos participantes no presente estudo, onde se pode observar que a amostra é heterogênea, destacando-se no entanto, e com 35,1%, o grupo dos 46-54 anos e com 29,7% de participantes com idade superior ou igual a 55 anos.

- **Distribuição segundo a Profissão desempenhada**

Quadro 5: Caracterização da amostra segundo a variável grupo profissional

Profissão	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	35	47,2
Médico	29	39,1
Assistente Técnico	9	12,1
Psicólogo	1	1,3
Total	74	100,0

Como se pode constatar pela análise do quadro 5, o grupo mais representativo é o dos Enfermeiros 35 (47,2%), seguido do grupo dos Médicos de medicina geral e familiar, 29 (39,1%). Seguem-se depois os grupos do Assistentes Técnicos com 12,1% e dos Psicólogos, com apenas (1,3%) da amostra total.

- **Distribuição segundo a Experiência Profissional**
- **Quadro 6: Caracterização da amostra segundo a variável Anos de Experiência Profissional**

Anos de Experiência Profissional	Frequência	Percentagem
<5 anos	7	9,4
6-15 anos	15	20,2
16-24 anos	22	29,8
≥ 25 anos	30	40,6
Total	74	100,0

Relativamente aos anos de experiência profissional dos participantes da amostra, podemos observar no quadro 6, uma distribuição crescente pelos diferentes intervalos de tempo de serviço.

No intervalo ≥ 25 anos de serviço, é onde se nota uma representatividade mais acentuada 40,6 %, seguindo-se o intervalo 16-24 com 29,8%. Os participantes que exercem a sua actividade profissional no intervalo de 6-15 anos representam 20,2 % da amostra, existindo apenas 7 (9,4%) participantes trabalha à menos de 5 anos.

Esta constatação evidencia que as equipas multidisciplinares que fazem parte das UF do Aces Oeiras Ocidental, tem um leque de pessoas com uma longa experiência, quanto às suas práticas profissionais, o que poderá ser enriquecedor em termos de contributo profissional, dado a mais valia da diversidade de experiências que cada um detêm.

- **Distribuição segundo a Experiência Profissional em Cuidados de Saúde Primários**

Quadro 7: Caracterização da amostra segundo a variável tempo de serviço em Cuidados de Saúde Primários

Experiência Profissional	Frequência	Percentagem
≤5 anos	17	23,0%
6-15 anos	24	32,4%
16-24 anos	15	20,2%
≥ 25 anos	18	24,3%
Total	74	100%

Como se observa no quadro 7, referente à distribuição dos participantes da amostra segundo a experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários, nota-se uma distribuição muito equitativa pelos diferentes intervalos de tempo de serviço, 23,0% no intervalo ≤5 anos; 20,2% no intervalo entre 16-24 anos; 24,3%, no intervalo ≥ 25 anos, e só no intervalo de 6-15 anos, onde se nota uma representatividade mais acentuada, comparativamente aos outros grupos (32,4%).

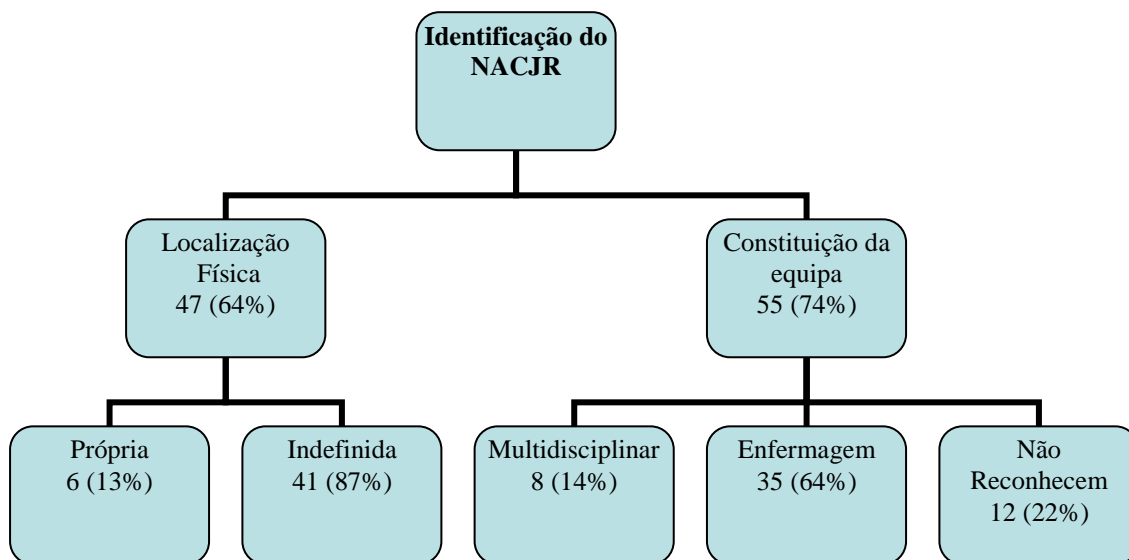
❖ **ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO**

Os dados recolhidos foram alvo de uma análise de conteúdo. Segundo BARDIN (2004) a *análise de conteúdo*, é “ [...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens”. A autora salienta como pilares a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura “*flutuante*”, a escolha dos documentos (no caso os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objectivos a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores (a frequência de aparecimento) e a preparação do material.

A análise de conteúdo foi efectuada através da definição de categorias e sub-categorias teóricas respeitantes a cada uma das temáticas abordadas no guião das entrevistas. As respostas foram transformadas em unidades de análise e inseridas em categorias elaboradas previamente com base na literatura. Ao longo da análise foram extraídas dos dados outras categorias, de forma indutiva que especificam as categorias definidas. Definiu-se como unidade de análise a frase com significado associado às temáticas em foco. Optou-se por utilizar diagramas como representações gráficas, considerando FORTIN, (2003, p. 308), que refere que estas representações gráficas, são facilitadoras no processo de agrupamento dos dados em categorias e da sua contagem.

❖ APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Figura 1 – Identificação do NACJR

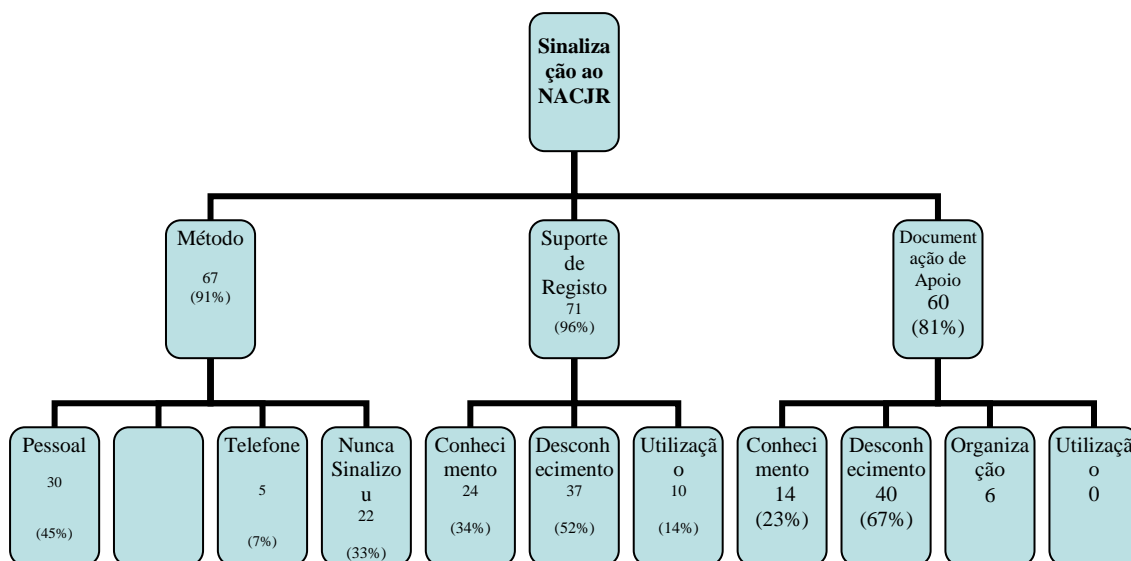


Relativamente à **identificação do NACJR** as respostas agrupam-se em 2 categorias relacionadas com a: **localização física** (64%) e a **constituição da equipa** (74%) (Figura 1).

No que diz respeito à categoria **localização física**, as respostas agruparam-se nas formas de Própria, ou seja apenas 13% dos participantes referem conhecer o local onde se situa o gabinete do núcleo (ex: " O núcleo é ao fundo do corredor, à esquerda, é o mesmo gabinete partilhado pelo NIC e pela saúde infantil."; "Sim é aqui no piso -1 (...) ") e Indefinida, denotando-se um desconhecimento por 87% dos participantes, em relação a essa mesma localização (ex.: " Não sei a que gabinete me devo dirigir"; " Desconhecia a existência do gabinete"; (...) sabia que existia o núcleo, mas não sabia que tinha gabinete").

Quanto à categoria **constituição da equipa**, considerou-se o reconhecimento de equipa multidisciplinar, pela identificação de três ou mais elementos constituintes da equipa do núcleo pelos participantes. Assim, verificou-se que 14% dos participantes identificavam a equipa como multidisciplinar (ex: " (...) Enf.^a F. - coordenadora, Enf.^a S., Dr.^a C. psicóloga, Dr.^a A. Saúde Pública, G. - assistente social e L. C. - consultora."). Salienta-se nesta categoria a prevalência no reconhecimento dos profissionais de Enfermagem, como elementos de referência da equipa do núcleo, 64% das verbalizações, (ex.: " A S., a L. C., só sei essas duas pessoas."; " É a F. e a S. que estão com a nossa área."). Nesta categoria 12 participantes verbalizaram que não reconhecem alguns elementos do núcleo (ex.: " Quem é a Dr.^a A. da Saúde Publica? Existe aonde essa senhora?"; " Não os conheço.").

Figura 2 – Sinalização ao NACJR



No que concerne ao modo como é feita a sinalização ao Núcleo (figura 2), quando é identificada uma situação de criança/jovem em risco, as respostas dos participantes centraram-se em três categorias: no **método** como é feita a sinalização (67 %), no **suporte de registos** (96% das verbalizações) e na **documentação de apoio** (81 % dos excertos).

Em relação ao **método** utilizado para sinalizar uma situação de risco, o método **pessoal** é o mais utilizado, 45 % dos participantes verbalizam que se deslocam pessoalmente às instalações do núcleo (ex.: " Eu vou lá directamente, de uma forma informal"), ou contactam o elemento que consideram de referência (ex.: eu falo com a enfermeira S., a enfermeira L. C., exponho o problema e elas depois vão-me orientando"). Apesar de haver já um suporte escrito para fazer a sinalização ao núcleo, apenas 15% dos participantes, mencionam utilizar este tipo de suporte. (ex.: "Normalmente esse contacto é feito de uma forma formal, com o preenchimento já da folha."). A utilização do telefone como forma de sinalizar é reduzida, dado que apenas 7 % referem a sua utilização (ex.: "É por telefone").

Nesta categoria, ainda de realçar, 33% dos participantes verbalizarem nunca terem feito qualquer sinalização ao núcleo (ex.: " Eu nunca fiz. Mas sei que é necessário um impresso próprio para a sinalização das situações."; Olhe, eu não sei. Nunca me aconteceu.").

No que diz respeito ao **suporte de registo** a utilizar para efectuar a sinalização e validando a informação à questão anterior, verifica-se que, 34 %, dos participantes afirmam ter **conhecimento** desse documento (ex.: " Existe uma folha própria que nos foi distribuída, naquela reunião."; "Sim, conhecemos"). Contudo, quando questionados quanto à assiduidade na sua utilização, apenas 14% verbalizam utilizar (" Registo numa folha própria e é

encaminhado ao núcleo"; " É preciso falar com uma de vocês. Vocês dão-nos as folhinhas e nós sinalizamos."). Nesta categoria, ainda há a referir, 52% dos participantes com verbalizações de **desconhecimento** quanto ao documento de sinalização (ex.: "Eu tenho miúdos sinalizados mas não sei qual é essa ficha"; " Eu nessa reunião não estive presente, logo não tive essa comunicação."; " Também não estou a ver qual é").

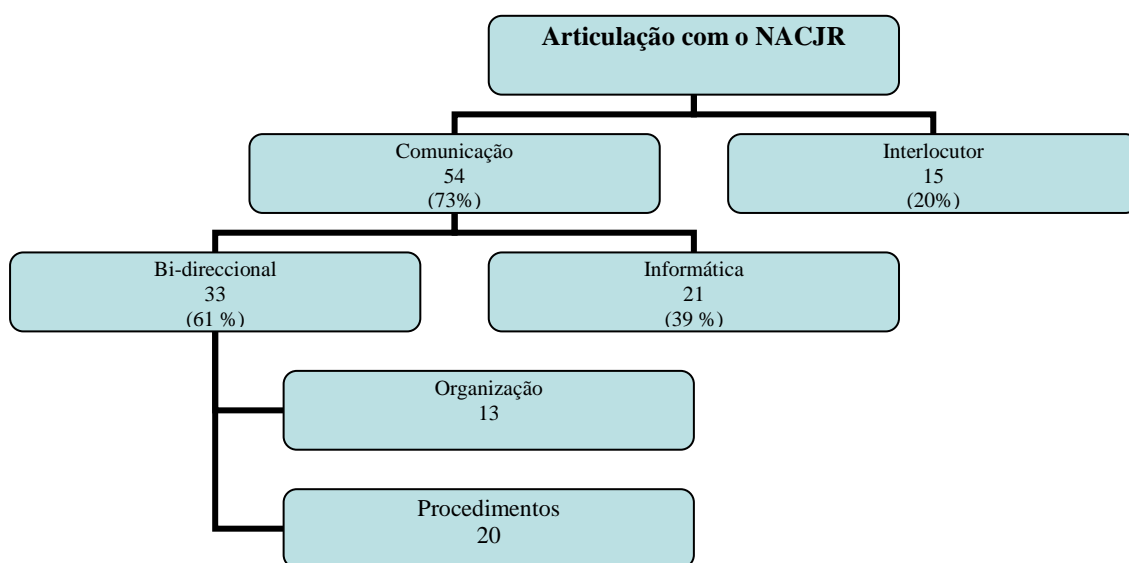
Relativamente à **documentação de apoio** (da DGS), verifica-se na maioria dos participantes, um **desconhecimento**, relativamente a estes documentos (67%) (ex.: " Nem sabia que existia."; " Como é que se chama o guia?"), apenas 14 participantes referem ter algum **conhecimento** sobre a existência desta documentação (ex.: Já passei a vista por cima também, está lá no site da Direcção Geral de Saúde "; ". (...) é aquele livrinho que a Salomé deixou cá da última vez. Eu acho que eram dois; eles devem estar naquele armário"). Ao nível da **utilização** da documentação de apoio, como seria expectável pelas respostas anteriores, não houve participantes a referirem a sua utilização.

No que concerne à **organização** da documentação de Apoio (pasta com documento de sinalização e orientações técnicas da DGS), verificou-se que em seis das sete UF entrevistadas, já existia uma pasta organizada (ex.: "Sim existe, fui eu que organizei";"Está tudo organizado numa capinha na saúde infantil").

Contundo, verificou-se que em apenas duas destas UF, os profissionais da equipa multidisciplinar tinham conhecimento da sua localização e acesso aos documentos. Nas restantes quatro UF, as respostas dos participantes agrupam-se por desconhecimento da localização da pasta (ex.: " Esse documentos fomos informadas numa reunião que estavam num armário"), dificuldade de acesso (ex.: " Sim, mas nem todos temos acesso"), ou ausência de documentos (ex.: aqui na Unidade há uma pasta (...) electrónica, não estão lá esses documentos").

De salientar ainda uma UF, em que os participantes referem não existir qualquer documentação referente a esta problemática (ex.: " Não, não existe").

Figura 3 – Articulação com o NACJR



Relativamente à **articulação com o núcleo** (figura 3), os profissionais são consensuais nos aspectos da **comunicação** e, da ligação através de um **interlocutor** (15 excertos), (ex.: deveria haver alguém da nossa equipa de enfermagem que estivesse relacionado com o núcleo"; "Felizmente não é todos os dias que estamos a sinalizar crianças, o que era importante de facto, era ter uma enfermeira nossa que depois faça a ligação com o núcleo"; "Se houver um interlocutor preferencial é sempre melhor".).

No que respeita à **comunicação** (54 verbalizações) os participantes consideram que esta deverá ser realizada de uma forma **bi-direccional** (61%) (UF-NACJR-UF), salientando-se a necessidade sentida pelos profissionais nas questões da organização, (ex.: O próprio núcleo tem de comunicar quais são os objectivos do núcleo e realmente tentar por em prática quais são os instrumentos de trabalho, isso é o mais importante."; "neste momento seria prioritário era ter uma reunião com o núcleo, para nós sabermos qual seria a dinâmica e como devemos proceder; "Não há uma via que eu conheça, pelo menos uma via de referenciação mais formalizada.". Bem como nas questões dos procedimentos (ex.: " Ficar bem defendido o circuito da articulação."; A quem é nós, nos deveremos dirigir efectivamente, o horário, disponibilidade, contactos"; "Encaminhamos a situação formalmente, mas depois não se recebe nada escrito". Em relação a esta categoria, os profissionais consideram que deverão ser privilegiados os meios informáticos de forma a promover uma maior facilidade de acesso, 39% dos participantes sugerem a comunicação por via **informática** (ex.: "O que é importante de facto em termos de articulação é termos um mail e termos a ficha"; "O melhor era haver um e-mail com formulário on-line"; "O e- mail é importante para referenciar e agilizar nestas situações, para agilizar sempre os processos";" Havendo um dossier informático onde isso está

tudo guardado, com um fluxograma seria muito mais fácil, passado algum tempo, nós vamos esquecendo."

SÍNTESE DOS RESULTADOS

1 - O não reconhecimento por parte dos profissionais dos aspectos básicos da localização e da constituição da equipa evidenciam de imediato, a necessidade de uma divulgação/ informação mais eficaz e facilitadora, entre as UF e o NACJunior.

2 - A importância do documento escrito para sinalização, evidenciado como uma norma da DGS, é igualmente, sentida pelos profissionais, que sugerem o seu acesso e envio, via informática, através de um processo específico, e em conjunto com a possibilidade de consulta dos vários documentos de apoio e procedimentos gerais.

3 - Os profissionais evidenciam a necessidade sentida de uma comunicação mais eficaz entre as unidades e o núcleo, comunicação essa facilitadora, no âmbito da criança e do jovem em risco para a qual indicam um elo de ligação através de um interlocutor em cada UF, à luz das boas práticas já alcançadas em outros tipos de programas.

ANEXO VII

"LABIRINTOS DA INFÂNCIA

Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco"

(DESENHO DO PROJECTO)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

LABIRINTOS DA INFÂNCIA

Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco



Desenho do Projecto

UNIDADE CURRICULAR: **ESTÁGIO**

Jorgelina Beckert Rodrigues

LISBOA

NOVEMBRO 2011

INTRODUÇÃO

O presente documento, a seguir designado por **Labirintos Da Infância – Contextos de Intervenção em Crianças e Jovens em Risco**, constitui o desenho de um Projecto de Intervenção e tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento dos modelos organizativos, e a sua operacionalidade de funcionamento entre as unidades de saúde funcionais e o NACJR do Aces de Oeiras ocidental.

Actualmente, em Portugal, a "Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco", criada pelo Despacho da Ministra da Saúde nº 31292/2008 de 5 de Dezembro, veio estruturar e operacionalizar a intervenção dos serviços de saúde no domínio da promoção dos direitos e da protecção das crianças e jovens em risco.

O NACJR do ACES de Oeiras Ocidental sendo um serviço recentemente criado, propõe promover uma acção coordenada em intercooperação com os diferentes profissionais das demais Unidades de Saúde Funcionais do ACES Oeiras Ocidental em que se integra, tendo em vista a promoção de boas práticas dos profissionais envolvidos na intervenção no risco de mau trato e negligência à criança e jovem.

Regida por este desiderato, a equipa multidisciplinar do NACJR, considera objectivo prioritário consolidar uma rede de articulação interna entre os vários profissionais que integram e prestam cuidados nas unidades de saúde do ACES de Oeiras ocidental, que possibilite um trabalho sistematizado e articulado, onde todos os profissionais tenham a mesma linguagem e partilhem estratégias de intervenção.

As unidades funcionais, que integram os actuais ACES, prestadoras de cuidados de saúde primários, pela sua inserção comunitária e pela sua acção ao longo das diferentes fases do ciclo vital, através de diversos programas de acção preventiva, reúnem condições efectivas, para a identificação de contextos específicos de risco e para a detecção, acompanhamento e encaminhamento de casos problemáticos.

Neste sentido, foi realizada um estudo que teve como objectivo conhecer a percepção dos profissionais das diversas unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental, no que respeita as necessidades sentidas e aos aspectos a melhorar durante a articulação com o NACJR, especificamente durante o processo de Sinalização ao NACJR de situações de risco e mau trato. Este estudo permitiu, realizar um diagnóstico da situação e identificar os principais constrangimentos que têm dificultado a concretização de respostas mais concertadas e efectivas, por parte dos serviços e dos profissionais de saúde, nesta matéria.

O Projecto Labirintos Da Infância – Contextos de intervenção em crianças e jovens em risco, define a forma de articulação funcional entre as diversas Unidades Funcionais do ACES de

Oeiras Ocidental e o NACJR, e visa sedimentar estratégias de intervenção e metodologias de trabalho entre todos os profissionais de saúde no domínio da protecção de crianças e jovens em risco.

A versão actual do desenho deste Projecto foi apresentada e aprovada por todos os elementos da equipa do NACJR em reunião no dia 10 de Novembro de 2011.

1 – PROPÓSITO DO PROJECTO

O Projecto **Labirintos Da Infância – Contextos de Intervenção em Crianças e Jovens em Risco**, visa responder aos problemas concretos identificados na sua zona de acção, evidenciados a partir das necessidades sentidas pelos profissionais das equipas das unidades de saúde do ACES de Oeiras Ocidental e dos profissionais constituintes do NACJR desta área de abrangência, no que concerne ao processo de articulação e de sinalização de situações de risco e mau trato, no sentido de proporcionarem uma resposta mais eficaz na problemática do mau trato e negligência à criança e ao jovem.

O presente projecto vai ao encontro das orientações da Direcção Geral da Saúde, através do Programa de criação dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco a nível de cuidados de saúde primários, considerando este novo serviço como um processo tendente a efectivar um conjunto de medidas para a adequação e concertação das respostas do Serviço Nacional de Saúde ao problema do mau trato e negligência à criança e jovem.

Este Projecto, pelos objectivos que prossegue, apresenta como principal estratégia o envolvimento de todos os profissionais implicados no mesmo. É consensual que através de um verdadeiro trabalho articulado e em rede, de partilha e colaboração constante entre profissionais se criam as sinergias basilares, na promoção de respostas adequadas às necessidades da criança ou jovem e da família, sobretudo em questões tão delicadas e complexas como os maus tratos, a negligência, e outras situações susceptíveis de pôr em perigo o seu desenvolvimento.

2 – OBJECTIVOS

2.1 – OBJECTIVO GERAL

- Contribuir para melhorar a articulação entre as Unidades Funcionais e o NACJR no âmbito da sinalização das crianças e jovens em risco.

2.2 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estabelecer um perfil geral das competências e funções do interlocutor.
- ✓ Identificar um interlocutor responsável pela articulação/ comunicação, em cada uma das unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental e o NACJR.
- ✓ Criar uma ferramenta informática de comunicação entre as UF e o NACJR e de consulta da documentação específica.
- ✓ Dar a conhecer aos profissionais das UF a metodologia de sinalização ao NACJR.

3 – POPULAÇÃO ALVO

Profissionais de saúde cuja actuação abrange a saúde infantil e acompanhamento a famílias com crianças e jovens em risco. Pertencer à equipa multidisciplinar das USF, UCSP, UCC e NACJR do ACES de Oeiras Ocidental.

4. RECURSOS

a) Humanos:

- Equipa do NACJR com a função de suporte a toda a organização do processo.
- Coordenador do NACJR, pelo estabelecimento de regras e procedimentos para a implantação e desenvolvimento do projecto.
- O coordenador e a equipa do NACJR de Oeiras ocidental serão os principais responsáveis por organizar, dirigir e controlar este projecto.
- Equipas das Unidades de saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Núcleo de Apoio a crianças e Jovens em Risco do ACES de Oeiras Ocidental.
- Direcção Clínica do Aces de Oeiras.
- Equipa técnica de Informáticos do Aces de Oeiras.
- A enfermeira mestranda em Enfermagem Comunitária, responsável pelo desenho do projecto.

b) De espaço: Gabinete do NACJR de Oeiras e diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental.

c) De tempo: Projecto a 12 meses, a iniciar em Novembro de 2011 e terminar em Novembro de 2012.

5. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO:

1.º – Identificar um interlocutor responsável pela articulação/ comunicação, em cada uma das unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental e o NACJR.

Os profissionais de saúde a nomear como **Interlocutores** em cada uma das UF do Aces de Oeiras Ocidental, têm um papel central no processo de implementação do Projecto. O interlocutor acompanhará a execução do projecto, aglutinando informações e promovendo a articulação interna, contribuindo para uma intervenção consertada entre o NACJR e os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da avaliação e intervenção no risco de mau trato e negligência a crianças e jovens.

O coordenador de cada uma das unidades de saúde indicará o interlocutor que deverá passar pela aprovação do conselho executivo do ACES. Para escolha do interlocutor é importante considerar os seguintes aspectos:

Requisitos

- Ter disponibilidade e disposição para apreender as informações necessárias ao desempenho da função de interlocutor;
- Ter habilidade para utilização de programas informatizados;
- Ter capacidade de garantir a representação da Unidade Funcional que integra.

Atribuições

São competências do Interlocutor:

- Conhecer o Plano Operacional do Projecto;
- Participar nas etapas do processo de planeamento, execução e avaliação das actividades do Projecto;
- Divulgar na respectiva UF, os objectivos e estratégias do Projecto desenvolvido pelo NACJR;
- Orientar os profissionais das respectivas unidades funcionais quanto ao fluxo de actividades do Projecto;
- Estar informado sobre a situação de execução da actividade;
- Monitorizar o cumprimento do referencial de procedimentos emanados pelo NACJR;
- Reunir com o NACJR, sobre a monitorização das actividades e o progresso do Projecto nas respectivas unidades de saúde, para que estas sejam realizadas em tempo oportuno;
- Identificar os pontos críticos relacionados aos processos de execução;

- Solicitar apoio ao coordenador do NACJR para solução de entraves à execução das actividades;
- Participar na actualização dos sistemas de informação fornecidos pelo NACJR.

2.º – Nomeação e envolvimento dos interlocutores.

Os interlocutores serão nomeados pelo coordenador de cada UF de acordo com o perfil estabelecido anteriormente e com a concordância do profissional. O NACJR comunicará, por escrito, à direcção do ACES a listagem dos interlocutores.

Serão organizadas reuniões periódicas entre os interlocutores das diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental e o NACJR, que possibilitem aos profissionais trabalhar em cooperação, complementaridade e sinergia, especialmente nas intervenções de acompanhamento e prestação de cuidados, sinalizar e/ou encaminhar de casos identificados.

Será dada prioridade aos interlocutores, na frequência de formação específica sobre a problemática da criança e jovem em risco.

3.º – Criação de um ficheiro em formato informático. (Apêndice I)

Este Ficheiro consiste numa base de informação estruturada, que visa disponibilizar de uma forma informatizada e eficaz, um instrumento de trabalho útil para todos os profissionais de saúde que, nos diferentes níveis de prestação de cuidados, actuam na promoção da saúde das crianças e jovens.

Pretende assim contribuir para:

- Sensibilizar e motivar os profissionais sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos;
- Facilitar os processos de identificação e interacção, com o NACJR, através da compreensão do seu papel na prevenção e como programa de orientação para a intervenção, nos maus tratos;
- Disponibilizar a "Ficha de Sinalização e Articulação", instrumento específico de apoio (elaborados pela Direcção Geral de Saúde) na fase de intervenção.
- Promover actuações coordenadas e boas práticas entre os diferentes profissionais face a esta problemática de saúde.

Este ficheiro é composto por diferentes tipos de informação:

- Documentação científica de consulta e apoio à problemática da criança e jovem.

- Explicitação dos NACJR – Definição; objectivos; Plano de Acção; constituição da equipa; localização; contactos.
- Fluxograma de Articulação interna entre os profissionais e o NACJR durante o processo de sinalização.
- Ficha de sinalização.

4.º – Divulgação do ficheiro em formato informático através dos interlocutores a todas as UF do Aces de Oeiras Ocidental.

Este Ficheiro deverá ser instalado em todos os computadores nas UFs, e deverá permitir o seu acesso de uma forma agilizada e simplificada. A actualização técnica/científica do ficheiro será da responsabilidade do NACJR, enquanto que a actualização informática ficará a cargo da UAG, do ACES.

6. METAS

- Que até ao final de Fevereiro de 2012, exista um elemento responsável – Interlocutor pela articulação entre as UF e o NACJR do ACES de Oeiras ocidental.
- Que até ao final do 1º semestre de 2012, o Ficheiro em formato informático esteja instalado em todos os computadores nas UFs.
- Que até ao final do 1º semestre de 2012, seja realizada a 1ª reunião entre o NACJR e os interlocutores.
- Que no final do projecto 70% das sinalizações ao NACJR sejam feitas através do documento recomendado (DGS).

7. AVALIAÇÃO DO PROJECTO:

No final do Projecto:

- Caberá à equipa do NACJR elaborar um relatório final e divulgar os resultados.

Durante o projecto:

- Trimestralmente, será elaborado um relatório por todas as UFs sobre a evolução da execução em curso e apontadas prioridades de acção para o Projecto.

- Caberá à equipa do NACJR e aos diversos Interlocutores a construção de um dossier de incidentes críticos que possa constituir-se como um instrumento potenciado de registo e de reflexão interna.

8. GANHOS EM SAÚDE

- A esperada melhoria na articulação interna e planeamento das intervenções no processo de comunicação e de sinalização de situações de risco e mau trato, que se desejam mais rápidas, complementares e sinérgicas, irá certamente contribuir para uma resposta mais eficaz dos serviços de saúde, facilitadora do processo de integração plena destas crianças.
- A sistematização e simplificação dos processos em saúde e a criação de modelos organizativos contribuem para uma adequada rentabilização dos serviços e para uma resposta mais eficaz na problemática do mau trato e negligência à criança e ao jovem.

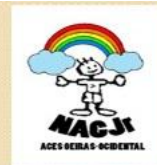
9 - CRONOGRAMA

ANO	2011		2012										
MESES	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Apresentação													
Implementação e avaliação do projecto													
Envolvimento dos órgãos da direcção do Aces nas iniciativas do projecto													
Envolvimento dos coordenadores das diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental.													
Obtenção formal da identificação dos profissionais nomeados como interlocutores													
Envolvimento dos interlocutores das diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental													
Replicação do ficheiro informático a todas as unidades de saúde do Aces de Oeiras Ocidental													
Organização de reuniões mensais entre os interlocutores das diversas unidades de saúde do Aces de Oeiras ocidental e o NACJR.													

APÊNDICE

Ficheiro em formato informático

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



[Página Principal](#)

[O que é o Núcleo](#)

O NACJR Ocidental foi nomeado por Despacho nº14/10 de 18 de Novembro 2010, pelo Director Executivo do ACES Oeiras, conforme o ponto 3.3 alínea a) de Despacho do Ministério da Saúde nº31292/2008.

[Área de Influência](#)

A constituição do NACJR o seu funcionamento enquanto instância de Primeiro Nível, atribui-lhe legitimidade 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.

[Objectivos](#)

[Competências](#)

O NACJR do ACES de Oeiras Ocidental surge no sentido de tornar mais funcional a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível, tendo um papel de particular importância no apoio aos profissionais que trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações.

[Quem somos](#)

[Onde estamos](#)

O Núcleo permite igualmente agilizar a comunicação com as CPCJ, os Tribunais e outras entidades de primeiro nível (NHACJR, escolas, associações, entre outros) tornando efectiva a continuidade do apoio.

[Contactos](#)

[Plano de Acção](#)

[Como Sinalizar](#)

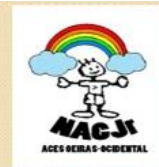
[Ficha de Sinalização](#)

[Legislação](#)

[Ligações Úteis](#)

O que é o Núcleo

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

O que é o Núcleo

A “Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR) foi criada pelo Despacho n.º 31292 de 5 de Dezembro, tendo como principal objectivo a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus Tratos, através do desenvolvimento da “Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco” quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico.

Área de Influência

Objectivos

O objectivo é de que esta acção se torne mais eficaz no sentido de “...melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos, da 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 eficiente articulação funcional”. (DGS 2007)

Competências

Quem somos

Onde estamos

Este diploma, determina a acção dos serviços de saúde na concertação das respostas ao fenómeno dos maus tratos, tendo em conta os diferentes níveis de prevenção e os vários contextos de intervenção dos profissionais, tendo em vista a estruturação e operacionalização neste domínio, assim como promover as boas práticas.

Contactos

Plano de Acção

No âmbito das suas competências, todos os profissionais de saúde estão vocacionados para detectar, sinalizar e monitorizar as situações de risco de maus tratos prevenindo a emergência do perigo.

Como Sinalizar

A coordenação da ASCJR, a nível nacional, compete à Direcção-Geral da Saúde, através de uma comissão de acompanhamento.

Ficha de Sinalização

A coordenação, acompanhamento e execução da ASCJR, a nível regional, cabe às administrações regionais de saúde, nomeadamente no que respeita a alocação e gestão de recursos humanos, físicos e materiais, a formação em serviço, ao financiamento da actividade dos núcleos e aos procedimentos administrativos, dentro da organização e recursos já existentes.

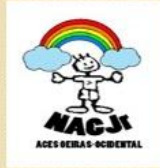
Legislação

Ligações Uteis

Com base no referido diploma, foi criado no ACES de Oeiras, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) Ocidental e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco Oriental. Ambos desenvolvem a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em articulação com as unidades funcionais do ACES e intervêm na área geodemográfica da influência respectiva.

Área de influência

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



[Página Principal](#)

A área geodemográfica – 5 freguesias do Concelho de Oeiras.

[O que é o Núcleo](#)

Área geográfica destas freguesias de 29.9 (Km2) 83918 habitantes.(Censos 2001)

[Área de Influência](#)

[Objectivos](#)

[Competências](#)

[Quem somos](#)

[Onde estamos](#)

[Contactos](#)

[Plano de Acção](#)

[Como Sinalizar](#)

Zona Ocidental - composta por:

[Ficha de Sinalização](#)

- 3 UCSP - Oeiras, Paço de Arcos e Barcarena
- 3 USF - S. Julião, Conde de Oeiras e Delta

[Legislação](#)

[Ligações Úteis](#)



Objectivos

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

O Núcleo de Apoio às crianças e jovens em Risco do ACES de Oeiras Ocidental tem como objetivos:

O que é o Núcleo

Consolidar uma rede de articulação interna entre os vários profissionais que integram e prestam cuidados nas unidades de saúde e/ou Aces de Oeiras ocidental, com vista a uma sistemática apreciação global e sinalização das situações de risco;

Área de Influência

Objectivos

Consolidar uma rede de articulação externa de primeiro nível entre o NACJR e as diferentes entidades/ instituições com competência em matéria de infância/ juventude e serviços de saúde entre outros;

Competências

Consolidar a rede de articulação externa de segundo nível entre o NACJR e as CPCJ's e Tribunais;

Quem somos

Representar as unidades de saúde/ACES como interlocutor privilegiado na defesa dos interesses da criança e do adolescente, no âmbito da saúde;

Onde estamos

Contactos

Produzir/divulgar conhecimento sobre as temáticas associadas aos maus-tratos/negligência relativamente as crianças e jovens, quer com base na apresentação de relatórios assentes no conhecimento empírico, quer com base nas orientações técnicas e trabalhos científicos sobre as matérias em questão.

Plano de Acção

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Como Sinalizar

O NACJR, no contexto do ACES tem como atribuições:

Ficha de Sinalização

a) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.

Legislação

b) Monitorizar as situações acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Ligações Úteis

c) Gerir e acompanhar os casos que transcendam as capacidades de intervenção das equipas de saúde.

d) Encaminhar para entidades de nível superior.

e) Mobilizar a rede de recursos internos, fomentando o estabelecimento de mecanismos de cooperação com as diversas equipas do ACES.

f) Mobilizar os recursos externos de modo a assegurar o acompanhamento dos casos.

g) Aplicar as orientações técnicas do documento.

h) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais para a problemática.

i) Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico a todos os profissionais intervenientes.

j) Incrementar a formação e preparação dos profissionais na matéria.

k) Colectar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus-tratos em crianças e jovens na área de intervenção do ACES.

Competências

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

Compete ao NACJR:

O que é o Nucleo

Área de Influência

Objectivos

Competências

Quem somos

Onde estamos

Contactos

Plano de Acção

Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

Legislação

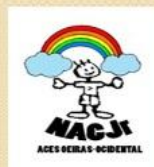
Critérios de sinalização às CPCJ e Tribunais:

Ligações Uteis

- Centralizar as situações de risco sinalizadas.
 - Avaliar o grau de risco para a ocorrência de maus-tratos pesquisando a existência de matéria de perigo.
 - Organizar a intervenção e encaminhamento de modo a minorar o contexto de risco ou estabelecer medidas que permitam remover o perigo.
 - Prestar consultadoria aos profissionais/equipas e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, a nível externo e com os parceiros na comunidade.
 - Apoiar os profissionais/equipas no acompanhamento dos casos com a elaboração de um PIAF (Plano de Intervenção e Apoio à Família).
 - Dar continuidade ao acompanhamento iniciado por outras entidades do mesmo nível ou de nível superior (NHACJR, CPCJ, Tribunais).
 - Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.
-
- Quando se trata de uma situação de perigo (art. 91º - procedimento de urgência, da lei 147/99).
 - Quando a complexidade da matéria transcenda a capacidade de resposta do Núcleo.
 - Quando se esgotam as possibilidades de apoio das outras entidades de primeiro nível.
 - Quando existe desacordo ou oposição à intervenção por parte dos pais ou detentores do poder paternal da criança ou jovem.

Quem somos

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



[Página Principal](#)

EQUIPA DO NACJR DE OEIRAS OCIDENTAL

[O que é o Núcleo](#)

[Área de Influência](#)

A equipa multidisciplinar do NACJR de Oeiras ocidental é composta pelos seguintes elementos:

[Objectivos](#)

[Competências](#)

[Quem somos](#)

[Onde estamos](#)

[Contactos](#)

[Plano de Acção](#)

[Como Sinalizar](#)

[Ficha de Sinalização](#)

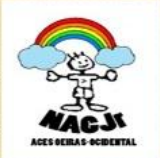
[Legislação](#)

[Ligações Úteis](#)

Nome	Unidade de Saúde	Funções	Competências /Actividade
Fátima Chumbo	UCC Saúdar	Enfermeira	Coordenadora (28h)
Salomé Grilo	UCC Saúdar / CPCJ Oeiras	Enfermeira	(28h)
Conceição Almeida	URAP	Psicóloga	(10h)
Augusta Fonseca	USP	Médica	(7h)
Isabel Soares	URAP	Assistente Social	(7h)
Lúisa Horta e Costa	UCC Saúdar / CPCJ Oeiras	Enfermeira	Consultora

Onde estamos

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

O **Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco do ACES de Oeiras Ocidental** está sediado nas instalações do edifício de Oeiras.

O que é o Núcleo

Área de Influência Av. Salvador Allende
2780-163 OEIRAS

Objectivos

Competências INSTALAÇÕES

Quem somos

Onde estamos

- Gabinete nas instalações da UCC Saúdar – Piso -1;

Contactos

Plano de Acção

Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

Legislação

Ligações Úteis

Contactos

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

O que é o Núcleo

Área de Influência

Objectivos

Competências

Quem somos

Onde estamos

Contactos

Plano de Acção

Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

Legislação

Ligações Úteis

- E-mail – nac.junior@csoeiras.min-saude.pt
- Telefone directo -214400133
- Telefone Geral -214400100 – Ext. 105

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



[Página Principal](#)

PLANO DE ACÇÃO DO NACJR

[O que é o Nucleo](#)

- a. Sinalização
- b. Avaliação (recolha de informação)
- c. Elaboração do Plano de Intervenção de Apoio à Família (PIAF)
- d. Intervenção (em colaboração com os parceiros)
- e. Avaliação da Intervenção:

[Área de Influência](#)

[Objectivos](#)

§ Reuniões periódicas do NACJR

[Competências](#)

§ Reuniões periódicas com parceiros envolvidos

[Quem somos](#)

§ Após implementação do PIAF deve-se efectuar a avaliação de cada situação para eventual redefinição de objectivos e estratégias de intervenção.

[Onde estamos](#)

[Contactos](#)

[Plano de Acção](#)

[Como Sinalizar](#)

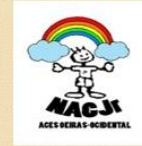
[Ficha de Sinalização](#)

[Legislação](#)

[Ligações Uteis](#)

Como sinalizar

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal Face a uma situação em que haja suspeita de sujeição a maus tratos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objectivos prioritários:

O que é o Núcleo

- a. **Proteger a criança/jovem;**
- b. Intervir no risco para **prevenir evolução para o perigo;**
- c. **Evitar a recorrência.**

Área de Influência

Objectivos

Competências

Quem somos

Onde estamos

Contactos

Plano de Acção

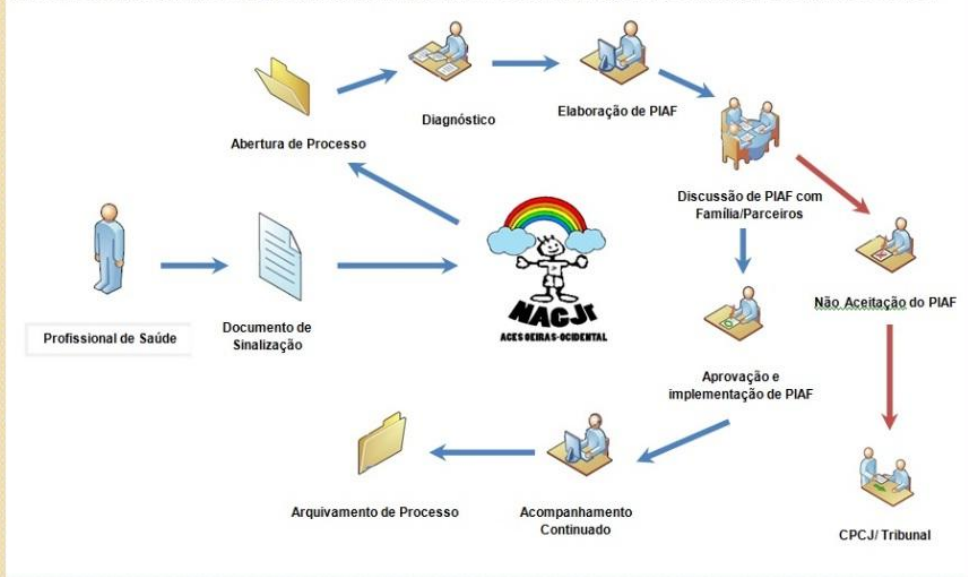
Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

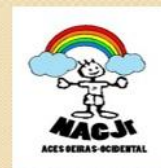
Legislação

Ligações Úteis

FLUXOGRAMA DE ARTICULAÇÃO INTERNA NO PROCESSO DE SINALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO



Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



[Página Principal](#) [Ficha de Sinalização e Articulação](#)

O que é o Núcleo De forma a concretizar a metodologia, os instrumentos específicos de apoio para cada fase de intervenção foram elaborados pela Direcção Geral de Saúde.

Área de Influência A "Ficha de Sinalização e Articulação":

Objectivos

- Pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção consertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Competências

- Deve ser preenchida por Qualquer **profissional de saúde, para:**

Quem somos

- **Notificar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)** do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem;

Onde estamos

- **Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial.**

Contactos

[Ficha Sinalização Nucleo](#)

Plano de Acção

Como Sinalizar

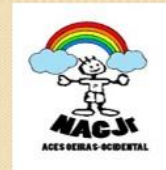
Ficha de Sinalização

Legislação

Ligações Uteis

Legislação

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

- [Lei n.º 147/1999 de 1 de Setembro](#) – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

O que é o Núcleo

- [Despacho n.º 117/2007 de 24 de Abril](#) – Implementa o Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde à “Criação e Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco”

Área de Influência

- [Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro](#) – Cria a Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Objectivos

- [Portaria n.º 965/2009 de 25 de Agosto](#) – Portaria Conjunta do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde, que estabelece a articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social, nos termos do artigo 101º-D do Código do Registo Civil

Competências

- [Despacho n.º 17596/2010 de 23 de Novembro](#) - Renomeação da Comissão de Acompanhamento da ASCJR

Quem somos

Onde estamos

Contactos

Plano de Acção

Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

Legislação

Ligações Úteis

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de Oeiras Ocidental



Página Principal

- [Crianças e Jovens em Risco: Projecto de intervenção nos Serviços de Saúde](#) – 6 de Junho de 2007.

O que é o Núcleo

- [Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Documento Técnico](#) – 20 de Novembro de 2008.

Área de Influência

- [Esclarecimento sobre Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR/ Direcção-Geral da Saúde e Missão para os Cuidados de Saúde Primários](#) – 7 de Maio de 2009

Objectivos

- [Directiva Conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde nas CPCJ Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco](#) – 10 de Setembro de 2009.

Competências

- [Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção](#) – Fevereiro 2011.

Quem somos

- [Protocolo entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco](#) (Março 2011).

Onde estamos

Contactos

Plano de Acção

Como Sinalizar

Ficha de Sinalização

Legislação

Documentos Apoio

ANEXO VIII

**POSTER COM MAPA E CONTACTOS DO AGRUPAMENTO DE CENTROS
DE SAÚDE DE OEIRAS**

Contactos ACES Oeiras

Agrupamento de centros de saúde Oeiras /Carnaxide



FREGUESIA: OEIRAS E SÃO JULIÃO DA BARRA (Edifício Oeiras)

Conselho Executivo	Telefone: 214 400 167/8
Director Executivo - Dr. Vitor Cardoso	Fax: 214 410 947

Conselho Clínico	
Dr. Carlos Camêlo - Presidente	
Dr. Guilherme Mucha - Vogal	
Dr.ª Isabel Soares - Vogal	
Enf.ª Graziela Pires - Vogal	

UCSP Oeiras	Telefone: 214 400 138
Coordenador: Dr. Bernardino Costa	Fax: 214 410 947/214 540 902

Resp. Enfermagem: Enf.ª Ana Lúcia	
-----------------------------------	--

USF São Julião	Telefone: 214 540 911/12
Coordenador: Dr.ª Helena Febra	Fax: 214 540 910

Resp. Enfermagem: Enf.ª Maria José Bento	
--	--

USF Conde de Oeiras	Telefone: 214 400 132
Coordenador: Dr.ª Ana Isabel Dias	Fax: 214 410 947/214 400 135

Resp. Enfermagem: Enf.ª Emília Luz	
------------------------------------	--

UCC Saúdar	Telefone: 214 400 100
Área de abrangência: 3 freguesias de Oeiras Ocidentais: Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos, Caxias, Porto Sávio, S. Bernardo	Fax: 214 400 170

Coordenador: Enfermeira Fátima Fiala Chumbo	
---	--

NACJR Oeiras – Ocidental – NAC Júnior	Telefone: 214 400 133
Coordenador: Enfermeira Fátima Fiala Chumbo	Fax: 214 400 170

URAP	Telefone: 214 400 108
Coordenador: Dr. Ana Moraes	Fax: 214 400 009

UAG	Telefone: 214 400 158/9
Coordenador: D. António Aparício	Fax: 214 400 373

UCSP Agiás	
-------------------	--

FREGUESIA: PAÇO DE ARCOS / CAXIAS (Edifício Paço D'Arcos)

USF Delta	Telefone: 214 540 811
Coordenador: Dr.ª Catarina Cordeiro	Fax: 214 540 813

Resp. Enfermagem: Enf.ª Célia Samico	
--------------------------------------	--

UCSP Paço Arcos	Telefone: 214 540 800
Coordenador: Dr.ª Elisabete Serra	Fax: 214 540 809

Resp. Enfermagem: Enf.ª Cristina Silva	
--	--

USP	Telefone: 214 540 814
Coordenador: Dr. Amado Jacinto	Fax: 214 540 827

FREGUESIA: BARCARENA (Edifício Barcarena)

UCSP Barcarena	Telefone: 214 216 929/
Coordenador: Dr.ª Helena Barros Costa	214 212 189

Resp. Enfermagem: Enf.ª Teresa Rodrigues	Fax: 214 216 947
--	------------------

FREGUESIA: QUEIJAS (Edifício Queijas)

UCC Cuidar+	Telefone: 214 186 697
Área de abrangência: 3 freguesias de Oeiras Orientais: Queijas, Carnaxide, Linda-a-Velha e Alges	Fax: 214 186 891

Coordenador: Enfermeira Lina Pereira	
--------------------------------------	--

NACJR Oeiras – Oriental	Telefone: 214 153 930
Coordenador: Dr.ª Ana Reis	Fax: 214 142 835

FREGUESIA: CARNAXIDE (Edifício Carnaxide)

UCSP Carnaxide	Telefone: 214 188 812 / 214 171 441
Coordenador: Dr.ª Catarina Dias	Fax: 214 178 208

Resp. Enfermagem: Enf.ª Constança	
-----------------------------------	--

FREGUESIA: CRUZ QUEBRADA / DAFUNDO (Edifício Dafundo)

USF Dafundo	Telefone: 214 295 940
Coordenador: Dr.ª Ana Margarida Levy	Fax: 214 295 969

Resp. Enfermagem: Enf.ª Maria João Gama	
---	--

FREGUESIA: LINDA-A-VELHA (Edifício Linda-a-Velha)

UCSP Linda-a-Velha	Telefone: 214 153 930
Coordenador: Dr. Luis Nogueira	Fax: 214 142 831

Resp. Enfermagem: Enf.ª Lúcia Costa e Silva	
---	--

FREGUESIA: ALGES (Edifício Alges)

UCSP Alges	Telefone: 214 830 941
Coordenador: Dr.ª Helena Cavallinha	Fax: 214 830 536

Resp. Enfermagem: Enf.ª Isabel Soares	
---------------------------------------	--

- Legenda:**
- ACES – Agrupamento Centros de Saúde
 - UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
 - USF – Unidade de Saúde Familiar
 - UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
 - URAP – Unidade de Saúde Pública
 - USP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
 - UAG – Unidade de Apoio à Gestão
 - NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Realizado por:
Enf.ª Jorgelina Beckert Rodrigues
Especialidade em Enfermagem Comunitária
Universidade Católica Portuguesa
Instituto Ciências da Saúde
Novembro 2011

ANEXO IX

**BROCHURA COM MAPA E CONTACTOS DO AGRUPAMENTO DE
CENTROS DE SAÚDE DE OEIRAS**

Contactos ACES Oeiras
Agrupamento de Centros de Saúde Oeiras /Carnaxide



Realizado por:

Enf.ª Jorgelina Beckert Rodrigues
Especialidade em Enfermagem Comunitária
Universidade Católica Portuguesa
Instituto Ciências da Saúde
Novembro 2011

Fonte: Mapa cedido pelo ACES Oeiras

FREGUESIA: OEIRAS E SÃO JULIÃO DA BARRA (Edifício Oeiras)	
Conselho Executivo	Telefone: 214 400 167/8 Fax: 214 410947
Diretor Executivo – Dr. Vitor Cardoso	
Conselho Clínico	
Dr. Carlos Canhota - Presidente Dr. Guilherme Mucha - Vogal Dr.ª Isabel Soares - Vogal Enf.ª Graziela Pires - Vogal	
UCSP Oeiras	Telefone: 214 400 138 Fax: 214 410947/ 214 540 902
Coordenador: Dr. Bernardino Costa Resp. Enfermagem: Enf.ª Ana Luísa	
USF São Julião	Telefone: 214 540 911/12 Fax: 214 540 910
Coordenador: Dr.ª Helena Febra Resp. Enfermagem: Enf.ª Maria José Bento	
USF Conde de Oeiras	Telefone: 214 400 132 Fax: 214 410 947/ 214 400 135
Coordenador: Dr.ª Ana Isabel Dias Resp. Enfermagem: Enf.ª Emília Luz	
UCC Saúdar (Área de abrangência: 5 freguesias de Oeiras Ocidental: Oeiras e São Julião da Barra, Paço d'Arcos, Caxias, Porto Salvo, Barcarena)	Telefone: 214 400 100 Fax: 214 400 170
Coordenador: Enfermeira Fátima Fiuza Chumbo	
NACJR Oeiras – Ocidental – NAC Júnior	Telefone: 214 400 133 Fax: 214 400 170
Coordenador: Enfermeira Fátima Fiuza Chumbo	
URAP	Telefone: 214 400 108 Fax: 214 400 109
Coordenador: Dr.ª Ana Morais	
UAG	Telefone: 214 400 158/9 Fax: 214 400 175
Coordenador: D. Antónia Aparício	

FREGUESIA: PAÇO DE ARCOS / CAXIAS (Edifício Paço D'Arcos)	
USF Delta	Telefone: 214 540 811 Fax: 214 540 813
Coordenador: Dr.ª Catarina Cordeiro Resp. Enfermagem: Enf.ª Célia Samico	
UCSP Paço Arcos	Telefone: 214 540 800 Fax: 214 540 809
Coordenador: Dr.ª Elisabete Serra Resp. Enfermagem: Enf.ª Cristina Silva	
USP	Telefone: 214 540 814 Fax: 214 540 827
Coordenador: Dr. Amado Jacinto	

FREGUESIA: BARCARENA (Edifício Barcarena)	
UCSP Barcarena	Telefone: 214 216 929/ 214 212 189 Fax: 214 214 947
Coordenador: Dr.ª Helena Barros Costa Resp. Enfermagem: Enf.ª Teresa Rodrigues	

FREGUESIA: QUEIJAS (Edifício Queijas)	
UCC Cuidar + (Área de abrangência: 5 freguesias de Oeiras oriental: Alges, Carnaxide, Dafundo, Unhão e Vainha e Queijas)	Telefone: 214 188 697 Fax: 214 186 891
Coordenador: Enfermeira Lina Pereira	
NACJR Oeiras – Oriental	Telefone: 214 153 980 Fax: 214 142 333
Coordenador: Dr.ª Ana Reis	

FREGUESIA: CARNAXIDE (Edifício Carnaxide)	
UCSP Carnaxide	Telefone: 214 188 812 / 214 171 441 Fax: 214 170 268
Coordenador: Dr.ª Olímpia Dinis Resp. Enfermagem: Enf.ª Cristina Leal	

FREGUESIA: CRUZ QUEBRADA / DAFUNDO (Edifício Dafundo)	
USF Dafundo	Telefone: 214 209 940 Fax: 214 209 969
Coordenador: Dr.ª Ana Margarida Levy Resp. Enfermagem: Enf.ª Maria João Gama	

Legenda:

- ACES** – Agrupamento Centros de Saúde
- UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- USF** - Unidade de Saúde Familiar
- UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade
- USP** - Unidade de Saúde Pública
- URAP** - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- UAG** - Unidade de Apoio à Gestão
- NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco