

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Educação de Viseu
Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco

**Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – Papel dos
Profissionais para a Prevenção e Estratégias de Intervenção**

**Projeto de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em
Risco, realizado sob orientação da Professora Doutora Esperança de Rosário
Jales Ribeiro e coorientação de Mestre Leandra Cordeiro**

Viseu, setembro 2013

RESUMO

O presente projeto de investigação é resultado de uma pesquisa bibliográfica sobre a problemática dos maus tratos e suas consequências, bem como as medidas de promoção e proteção para a infância e juventude.

O objeto de estudo deste trabalho passa pela intervenção profissional, com relevância para os cuidados de saúde primários, considerando a importância dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco que estão integrados nos Agrupamentos de Centros de Saúde, constituídos por equipas pluridisciplinares que são importantes na identificação e prevenção de situações de maus tratos, com a permanente necessidade de articulação e discussão das problemáticas com as várias entidades que trabalham com menores em risco e vítimas de violência.

Atualmente existe uma maior consciencialização sobre esta problemática, existindo cada vez mais projetos e respostas sociais de trabalho com os menores em risco, para tal é importante perceber a sensibilização que os profissionais dos cuidados de saúde têm relativamente aos Núcleos de Apoio a Crianças e jovens em Risco, se fazem as respetivas sinalizações de forma a prevenir e intervir eficazmente nas situações de maus tratos. Será apresentado o que a literatura versa sobre a problemática dos maus-tratos, bem como as suas consequências desenvolvimentais que podem surgir na infância e na vida adulta. Será também abordado o tema da prevenção, uma vez que os Núcleos surgem nos Cuidados de Saúde Primários como forma de prevenção primária das situações de maus-tratos.

Palavras – Chave: NACJR; Maus-Tratos; Criança; Jovem; Intervenção; Prevenção

ABSTRACT

This research project is the result of a literature search on the problem of abuse and its consequences, as well as measures to promote and protect children and youth.

The object of this work involves the professional intervention, with relevance to primary health care, given the importance of Support Centers for Children and Youth at Risk that are integrated into groupings Health Centers, consisting of multidisciplinary teams that are important identify and prevent situations of abuse, with the ongoing need for articulation and discussion of the issues with the various entities who work with children at risk and victims of violence.

Currently there is an increased awareness about this problem, existing projects and increasingly social responses of working with children at risk, so it is important to realize the awareness of health care professionals have in relation to Core Supporting Children and Youth at Risk if the respective signs are to prevent and intervene effectively in situations of abuse. Will appear that the literature focuses on the problem of ill-treatment, as well as their developmental consequences that can arise in childhood and adulthood. It will be also addressed the issue of prevention, since the nuclei arise in Primary Health Care as a means of primary prevention of situations of abuse.

Key - Words: NACJR; Abuse, Child, Youth, Intervention, Prevention

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta etapa acadêmica, contei com o apoio de diversas pessoas, às quais presto um profundo agradecimento.

À Professora Doutora Esperança Ribeiro, minha orientadora pela orientação e disponibilização de esclarecimento de dúvidas no presente projeto.

À Professora Doutora Leandra Cordeiro, minha co-orientadora, pela disponibilidade e atenção, esclarecimento de dúvidas, correções ao longo do projeto de investigação.

A toda a minha família, em particular aos meus pais pelo incentivo e apoio ao longo deste percurso acadêmico.

Às minhas sobrinhas lindas, por me proporcionarem momentos fantásticos, atenuando os momentos de stress ao longo deste percurso

Ao meu namorado pelo companheirismo, compreensão e ajuda ao longo de todo o processo acadêmico.

Às minhas colegas de Mestrado Daniela Nogueira, Clara Ferreira e Manuela Valente pelo apoio incondicional, pela partilha de experiências, e disponibilização de ajuda no desenvolvimento do projeto.

A todos os meus amigos um especial agradecimento pelo apoio e pela força em todos os momentos.

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1. Maus-Tratos em Crianças e Jovens	4
1.1. Avaliação, Diagnóstico e Intervenção	6
1.1.1. Medidas e Respostas de Promoção dos Direitos e Proteção.....	8
1.1.2. Papel e Competência dos Profissionais.....	12
1.2. Formas de Prevenção	15
1.2.1. Níveis de Prevenção	16
1.2.2. Estratégias de Prevenção em Contextos de Saúde.....	17
2. Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	18
2.1. Enquadramento Histórico	18
2.2. Caracterização	19
2.2.1. Missão e Objetivos	21
Capítulo II – Projeto de Investigação.....	22
1. Formulação do Problema e Levantamento de Hipóteses.....	22
1.1. Objetivos do Estudo.....	23
1.2. Cronograma	23
2. Metodologia.....	24
2.1. Definição e Operacionalização das Variáveis	25
2.2. População e Amostra	26
2.3. Instrumento	27
2.4. Procedimento de Recolha e Análise de Dados.....	28
3. Previsão de Resultados.....	29
Conclusão	32
Bibliografia	35
Anexos.....	38

Anexo I – Estrutura Orgânica de um ACES.....	39
Anexo II – Intervenção nos Centros de saúde.....	40
Anexo IV – Cronograma.....	42
Anexo V – Inquérito por Questionário.....	Erro! Marcador não definido. 44

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento dos centros de Saúde
ARS – Área Regional de Saúde
CAT – Centro de Acolhimento Temporário
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ECMIJ – Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude
EMAT – Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais
LPCJR – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários
NACJR – Núcleo de Apoio a crianças e Jovens em Risco
PIAF – Plano de Intervenção de Apoio à família
IP – Institutos Públicos
ISS – Instituto de Segurança Social
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Pública
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O projeto de investigação foi desenvolvido no Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, no Instituto Politécnico de Viseu, na Escola Superior de Educação de Viseu.

A violência nas crianças e jovens é uma realidade cada vez mais visível no quadro da sociedade atual. A sua gravidade representa uma constante preocupação para a nossa sociedade, pois integram ofensas graves aos direitos fundamentais das crianças e dos jovens, enquanto adequados ao seu estado de desenvolvimento, gerando por vezes “perigos muito acentuados para o seu desenvolvimento integral, do ponto de vista físico, psicológico, emocional, cognitivo, comportamental, social e cultural” (Maia & Azevedo, 2006). Deste modo, há uma crescente motivação para atuar de forma a sensibilizar e consciencializar os profissionais, cuidadores das crianças e toda a população em geral.

As crianças são, por natureza, seres indefesos, frágeis e dependentes, o que as torna mais vulneráveis a todos os tipos de maus-tratos (Canha, 2003). Assim, os maus-tratos às crianças e aos jovens são uma realidade ainda muito enraizada na sociedade da qual todos têm conhecimento, mas que por vezes fica escondida no anonimato e “dolorosamente silenciadas por incapacidade de muitos técnicos e cidadãos, que, ou não têm a capacidade de os identificar, ou ingenuamente acreditam que essas situações possam passar” (Gonçalves & Machado, 2003). É neste âmbito que se deve refletir, aprofundar e intervir sobre esta problemática de forma a “diligenciar medidas de carácter preventivo que permitam a erradicação de violência sobre elas ou, pelo menos, a diminuição do sofrimento das vítimas e a promoção da saúde” (Maia & Azevedo, 2006).

A responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças e jovens é cada vez mais acrescida com o aumento da visibilidade social sobre a temática e sobre os direitos que lhes assistem para o seu desenvolvimento integral a todos os níveis.

Assim, pode constatar-se que ignorar um caso de maus-tratos “pode pôr em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade de intervir numa família em crise” (Gonçalves & Machado, 2003).

É extremamente importante estar atento a todos os possíveis sinais de maus-tratos, sinalizando-os e encaminhando-os de forma a interceder pela criança e/ou jovem lesada, só assim estaremos a trabalhar em rumo de um futuro melhor para ela. Neste sentido, a responsabilidade de todos os técnicos que trabalham nas áreas de

infância e juventude é acrescida, nomeadamente os Médicos, Enfermeiros, Educadores, Professores, Psicólogos, entre outros. Ignorar um caso de maus-tratos é sinonimo de colocar em causa a vida e futuro de uma criança.

Pode constatar-se que as instituições de saúde são conhecedoras dos riscos de carater psicossocial das populações a que prestam assistência, tendo uma responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na respetiva sinalização dos mesmos (DGS, 2008).

Ao longo dos tempos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que diz respeito à intervenção da saúde relativamente aos maus tratos, enquadrando-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 1 de setembro).

Neste âmbito com as reformas dos cuidados primários os Centros de saúde devem dispor de equipas pluridisciplinares designadas por Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) que foram implementados através do despacho normativo nº 31292/2008 e que dinamizam o funcionamento das redes internas e externas mobilizando recursos necessários, facilitando a articulação com as diversas instâncias. Intervém com as famílias através de um Plano de Intervenção de apoio à família (PIAF) que é desenvolvido de acordo com as necessidades identificadas e sempre que necessário, avalia e/ou sinaliza os casos a outra entidade ou nível de intervenção. Sempre que os NACJR não consigam dar resposta a determinada situação cabe-lhes sinalizar à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ) ou em última instância aos tribunais.

É neste seguimento que é dada ênfase á importância da saúde na sinalização, encaminhamento, intervenção e prevenção de maus-tratos. A implementação destes Núcleos veio dar um salto significativo na prevenção, com objetivo de atenuar a incidência dos maus tratos na infância e juventude.

No projeto de investigação considerou-se pertinente avaliar a perceção que os profissionais dos cuidados de saúde primários têm relativamente aos NACJR. O objeto de estudo deste trabalho passa por verificar o conhecimento dos profissionais de saúde do ACES Dão Lafões relativamente aos NACJR e se acham importante a implementação destes; tentar perceber quais as principais dificuldades sentidas pelos

profissionais relativamente aos núcleos e qual a sua formação e experiência nesta área que contribua para um bom desempenho destes nos núcleos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Torna-se importante, para todos os que se relacionam com crianças e jovens, conhecer a sua amplitude dos maus tratos, obtendo capacidade para os reconhecer, classificar e atuar preventivamente.

Os maus tratos nas crianças e jovens, constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos (Direção Geral de Saúde, 2008). Podemos referir de forma generalizada que existe omissão de competências educativas quando é colocado em causa o desenvolvimento físico e de maturação psíquica do menor.

Magalhães (2002) salienta que os maus tratos podem ser definidos como forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidentado e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Desta forma baseados nesses critérios os autores apresentam uma definição de maus tratos infantis considerando as lesões físicas ou psicológicas não acidentais ocasionadas pelos responsáveis do desenvolvimento, que são consequência de ações físicas, emocionais ou sexuais, de ação ou omissão e que ameaçaram o desenvolvimento físico, psicológico e emocional considerado como normal para a criança (Maia & Azevedo, 2006).

Os maus-tratos infantis manifestam-se por formas muito diferentes: mau trato físico; psicológico; negligência; abuso sexual; abandono; rejeição; síndrome de Munchausen por procuração; exploração pelo trabalho infantil, prostituição e mendicidade. Assim, os maus tratos exercidos pelos pais ou por outros, assumem formas específicas, expondo a criança a uma situação de perigo, intencionalmente ou por inação. Em geral o abuso refere-se à ação, podendo provocar dor, enquanto a negligência remete para a inação, significando incapacidade de responder às necessidades básicas da criança.

Nesta sequência verificamos que os maus-tratos têm consequências demasiado graves para as crianças, com a “particularidade de serem perpetrados de modo repetitivo e com violência progressivamente crescentes” (Canha, 2003) podendo provocar demasiadas lesões graves a curto e longo prazo, e em casos extremos levar até à morte.

Todo o tipo de mau trato, compromete gravemente o desenvolvimento da criança, quer no momento em que ocorre, quer ao longo de todo o período do seu crescimento, provocando efeitos nefastos de maior ou menor gravidade, consoante o grau/intensidade, a duração, a frequência, a idade das vítimas, entre outros.

As consequências mais frequentemente analisadas ocorrem a “nível do desenvolvimento físico e motor; as perturbações no desenvolvimento das relações de vinculação e de afeto; as perturbações emocionais e sociais; os problemas de comportamento; os atrasos no desenvolvimento cognitivo e diminuição do rendimento escolar” (Maia & Azevedo, 2006). As experiências de maus tratos durante a infância pode ser perpetrador de abuso ou vitimizados em idade adulta, assim, “a história de maus tratos durante a infância torna o homem e a mulher mais vulneráveis à ativação de ambos os papéis, o de vítima e o de ofensor” (Gonçalves & Machado, 2003).

A qualidade da relação estabelecida entre a criança e a sua figura de vinculação durante a infância vai influenciar em grande medida, os conhecimentos e expectativas que pode esperar dos outros e de si própria, influenciando as relações intra e interpessoais (Azevedo & Maia, 2006). Segundo estes autores, as crianças maltratadas revelam um padrão de vinculação inseguro e desorganizado, tendo uma maior probabilidade de apresentar um défice em áreas como a linguagem e interação social, que por norma estão na origem de problemas como a aprendizagem, adaptação escolar e de socialização. Estas crianças apresentam dificuldades no relacionamento com os seus pares e também com os adultos, revelando uma falta de empatia, reagindo por vezes de forma negativa e agressiva ao sofrimento dos outros.

Uma consequência dos maus tratos infantis passa pelas perturbações emocionais e de afeto tornando a criança menos apta no reconhecimento das suas emoções e sentimentos, e conseqüentemente, menos apta a falar deles (Maia & Azevedo, 2006: 96), daí interferir nas suas relações interpessoais.

Magalhães (2005) considera que não é possível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de maus tratos e as suas consequências a longo prazo, uma vez que a maioria destes são mistos e a todos eles estão subjacentes os maus tratos emocionais que pela sua essência são complicados de identificar e controlar. A gravidade das consequências dos maus tratos, segundo a autora, depende de vários fatores, entre os quais: tipo e duração do abuso; grau de relacionamento com o abusador; idade do menor; nível de desenvolvimento do menor; personalidade do menor e o nível da violência e das ameaças sofridas.

Crescer no meio destas experiências traumáticas de maus tratos físicos e psicológicos tem repercussões graves na sua vida futura, ao interferirem muito negativamente no desenvolvimento da noção de que cada um constrói de si mesmo e do outro (Gonçalves & Machado, 2003), em que consequência disto se pode traduzir em comportamentos desajustados em fase adulta, tornando o indivíduo menos competente nas relações interpessoais que estabelece.

Certo é que ter sido vítima na infância, tem impactos negativos na fase adulta na qualidade que providencia à criança, nomeadamente na perpetração de maus tratos à criança, no relacionamento interpessoal e íntimo com pessoas significativas, e na emergência da psicopatologia (Gonçalves e Machado, 2003). Assim, essas experiências na infância constituem uma predisposição para que a relação estabelecida com os seus filhos seja baseada na imagem de si mesmo como criança, sofrendo de uma ausência de habilidades aprendidas para cuidar dos seus filhos, utilizando o castigo físico como expoente da única estratégia aprendida (Maia & Azevedo, 2006).

1.1. Avaliação, Diagnóstico e Intervenção

Para além dos aspetos já referidos, os estudos sobre esta temática e suas consequências são importantes para a decisão sobre questões como: “quando denunciar um caso de maus-tratos; em que casos se deve separar a criança da sua família; como planificar programas ou serviços destinados a apoiar as necessidades específicas das crianças vítimas de maus-tratos; como avaliar esses programas e serviços” (Maia & Azevedo, 2006), pois só tendo conhecimentos bem fundamentados sobre esta problemática é possível uma boa intervenção profissional.

Torna-se importante a intervenção clínica, por constituir uma oportunidade de o indivíduo por um lado, “beneficiar de um espaço em que lhe é dada a permissão para falar das suas experiências de maus-tratos na infância, e por outro, reconstruir a perceção de si, dos outros e das relações que mantêm na idade adulta” (Gonçalves & Machado, 2003).

Segundo Canha (2003), a Fisiopatologia do mau trato é classicamente considerada uma tríade de fatores de risco, que são eles, os fatores inerentes aos pais, à criança e associados a uma situação de crise familiar.

Nos fatores de risco inerentes aos progenitores, podemos salientar (i) baixo nível sócio - económico e cultural; (ii) antecedentes de maus-tratos na sua própria infância; (iii) idade inferior a vinte anos (mães adolescentes sem apoio ou suporte

familiar); (iv) atraso mental de um ou de ambos os progenitores; (v) personalidade imatura e impulsiva; (vi) personalidade com fraca tolerância às frustrações e ao stress; (vii) ausência de hábitos de trabalho e/ou dependência económica de outrem; (viii) mudanças frequentes de parceiros e de residência; (ix) antecedentes de criminalidade; (x) hábitos de alcoolismo ou de consumo de drogas.

Relativamente aos fatores de risco inerentes às crianças, os autores supracitados realçam as seguintes características, (i) idade inferior a 3 anos; (ii) fruto de gravidez de mãe muito jovem, solteira ou só; (iii) fruto de gravidez não desejada; (iv) separação da mãe no período pós-parto; (v) crianças gémeas; (vi) crianças que não correspondem às expectativas dos pais; (vii) crianças deficientes ou portadoras de doença crónica; (viii) crianças com atraso mental; (ix) crianças com alteração de comportamento; (x) crianças com insucesso escolar.

Por ultimo, os autores supra identificados, referem ainda que existem fatores de risco que se agravam em situações de crise, tais como, (i) agravamento das dificuldades económicas; (ii) emprego precário ou perda de emprego; (iii) separação ou divórcio dos pais; (iv) depressão da mãe ou do pai; (v) morte de familiar; (vi) acontecimento perturbador da dinâmica familiar.

Esta tríade de fatores de risco, é considerada para muitos autores, como favorecedora e precipitante do mau trato, contudo não se podem caracterizar as situações de forma tão linear, pois o mau trato apesar de ter mais incidência nas famílias de baixo nível socioeconómico, surge em todas as classes sociais. Por vezes as “famílias pobres e com muitos dos problemas referidos atrás conseguem ser afetuosas e cuidar bem das suas famílias” (Canha, 2003, p. 36).

É importante ter-se sempre em conta estes fatores de risco como linhas orientadoras para um bom diagnóstico de situações de maus-tratos e posteriormente para uma boa intervenção. Quando se trabalha com famílias que integram crianças que foram sinalizadas como crianças em risco, há uma necessidade célere de conhecer e diagnosticar as suas problemáticas, bem como de avaliar as suas capacidades parentais para se encontrarem estratégias de intervenção que, em conjunto com a família possam contribuir para o desenvolvimento de competências parentais, minimizando o risco em que a criança se encontra. A maioria destas famílias apresenta falta de recursos pessoais para lidar com os acontecimentos stressantes ao longo da sua vida, tornando difícil o desenvolvimento saudável às crianças (Gomes,2010).

Há que ter em atenção que nestas situações é essencial perceber que o profissional está a lidar com uma família doente, e como tal, este deve ter uma “atitude de prudência e calma, evitando juízos de crítica ou punição, mostrando compreensão, respeito e sentido de ajuda” (Canha, *cit. in* Gonçalves & Machado, 2003, p. 25), pois para o profissional atingir bons resultados e empatia dos utentes deve “estar consciente de seus próprios preconceitos emocionais” (Bartlet, 1979, p. 31), para que estes não interfiram no seu desempenho profissional.

Segundo Sousa (2005) no que concerne às competências práticas, os profissionais são considerados catalisadores de mudança, em que a sua intervenção passa muitas vezes por capacitar a família potenciando as suas competências, explorando-as e valorizando-as. Torna-se assim importante trabalhar as competências destas famílias, desbloqueando-as e dotando-as de capacidades para conseguirem ultrapassar as circunstâncias ao longo da vida.

A intervenção deve ser planificada atempadamente, para cada situação, desenvolvendo um programa centrado nas famílias, aceitando as suas fragilidades. Após a intervenção faz-se a avaliação da família verificando se ganhou e conseguiu manter as suas competências afetivas, parentais, sociais, económicas de forma a poder autonomizar-se, proporcionando á criança ou jovem um contexto protetor e promotor de um desenvolvimento adequado. Neste processo de avaliação deve participar para além da família e da criança, todos os parceiros da rede social.

Quando a família ainda constitui uma aposta para o desenvolvimento integral da criança ou jovem, a prevenção deve ser uma grande aposta de todos quantos lidam com esta problemática, pois só assim se pode minimizar este flagelo. Neste sentido é importante constituir equipas multidisciplinares de várias valências (da área social, educação, saúde, etc.) com competências e conhecimentos nestas áreas (Gomes, 2010).

1.1.1. Medidas e Respostas de Promoção dos Direitos e Proteção

O Instituto de Segurança Social (ISS, IP) recebe as atribuições de natureza operacional em matéria de processos tutelares cíveis do Ministério da Justiça” (art. 18.º, n.º 2, do DL n.º 214/2007, de 29 de maio), portanto são atribuições do ISS, IP “assegurar, nos termos da lei, assessoria técnica aos tribunais em matéria de promoção e proteção de crianças e jovens em perigo e tutelar cível” (art.º 3.º, n.º 2, al. p), do DL n.º 214/2007, de 29 de maio).

A Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT) surge com o DL n.º 332-B/2000, de 30 de dezembro, este veio estipular que “o acompanhamento dos menores em perigo junto dos tribunais compete às equipas multidisciplinares do sistema de solidariedade e de segurança social” (art.º 7.º do DL n.º 332-B/2000, de 30 de dezembro) que se vieram a constituir posteriormente. Estas equipas devem assegurar o apoio técnico às decisões dos tribunais tomadas no âmbito dos processos judiciais de promoção e proteção, acompanhar a execução das medidas de promoção dos direitos e de proteção aplicadas e apoiar os menores que intervenham em processos judiciais de promoção e proteção.

É também da competência da EMAT a elaboração de informações sociais e/ou relatórios sociais sobre a situação da criança e/ou jovem, do seu agregado familiar ou das pessoas a quem esteja confiado. Acompanham os menores aquando da sua retirada das famílias (meio natural de vida), desempenhando o papel de mediadores entre os menores, as famílias, os tribunais e as instituições.

O acolhimento em instituição é uma das medidas existentes na Lei n.º 147/99, de 1 de setembro (art.º 35.º, n.º 1, al. f)), competindo a decisão às CPCJ e tribunais. A institucionalização pode ser de curta e longa duração, em que o acolhimento de curta duração não deve ser superior a seis meses (art.º 50) e tem lugar a casas de acolhimento temporário (CAT) justificando-se em situações de emergência, quando seja previsível o retorno à família, ou enquanto se realiza o diagnóstico da situação em que a criança se encontra e à definição do encaminhamento subsequente. O CAT, segundo a carta social de 2004, destina-se fundamentalmente a assegurar o acolhimento urgente e transitório de crianças e jovens em situação de risco, decorrente de abandono, maus-tratos, negligência ou outros fatores, proporcionando condições (acesso aos cuidados de saúde, educação e bem estar em geral) para a definição de um projeto de vida e seu adequado encaminhamento.

Ao CAT cabe cuidar da criança, enquanto a CPCJ/EMAT assegura o acompanhamento, reabilitação e avaliação da família, para que caso tal seja possível a criança possa voltar a viver no seu meio natural de vida ou em caso de impossibilidade possa ser encaminhada para adoção, de forma a poder crescer numa família.

O acolhimento prolongado tem uma duração superior a seis meses e tem lugar em lar de infância e juventude (LIJ), sendo esta uma resposta social destinada ao acolhimento urgente e é dirigida aos menores transitória ou definitivamente desinseridos do meio familiar. Gomes (2010) considera que os LIJ devem ser um meio

facilitador para o desenvolvimento psíquico onde se torna fundamental a existência de meios adequados estruturantes capazes de produzir e manter relações afetivas, estáveis e de boa qualidade. Quando estamos perante um acolhimento a resposta dada deve ser diferenciada e de qualidade assegurada de competência para efetuar um diagnóstico eficaz de forma a promover um acolhimento adequado às necessidades de cada pessoa que o integra.

O Centro de apoio familiar e aconselhamento parental é outra resposta social de carácter preventivo que reforça as competências parentais e promove a mediação entre a família e os serviços intervenientes, de forma a satisfazer as necessidades básicas das crianças e jovens. Existem também as equipas de rua de apoio a crianças e jovens que se encontram em situação de perigo desinseridas a nível sociofamiliar que subsistem pela via de comportamentos desviantes. Esta resposta tem como objetivo promover a reintegração da criança ou jovem na família e comunidade, ajudando na construção de um projeto de vida prevenindo comportamentos autodestrutivos e desviantes.

O apartamento de autonomização é uma resposta social destinada a jovens com idade superior a 15 anos que consiste num apartamento inserido na comunidade local destinada a apoiar a transição para a vida adulta. Tem como principal objetivo mediar autonomia de processos de vida, a participação ativa dos jovens na sociedade, minimizar o risco de exclusão social, desenvolvendo competências pessoais, sociais e profissionais facilitadoras para a transição do jovem para a vida adulta (Ferreira, 2011).

Todas as respostas sociais neste âmbito têm sempre por base as medidas de promoção e proteção consagradas no art.º 35.º da LPCJP, as quais são aplicadas (art.º 36.º) pelas comissões de proteção ou em processo judicial, por decisão negociada, integrando um acordo de promoção e proteção. Este acordo é um compromisso escrito entre as comissões de proteção de crianças/jovens ou o tribunal com os pais, representante legal ou que tenha a guarda de facto e, ainda, a criança e o jovem com mais de 12 anos, ao qual se estabelece um plano contendo medidas de promoção de direitos e proteção (art.º 5.º, alínea f).

Assim estas medidas têm como finalidade afastar o perigo em que a criança/jovem se encontram, proporcionando-lhes as condições que lhe permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral. Tratando-se de crianças e jovens vítimas de qualquer tipo

de abuso ou exploração, estas medidas são importantes para garantir a sua recuperação física e psicológica (art.º 34.º da LPCJP).

Gomes (2010) destaca alguma legislação que regulam importantes matérias na defesa dos direitos da criança, como é o caso da Constituição da Republica Portuguesa, o Código Civil, a Organização Tutelar de Menores, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (Lei 147/99, de 1 de Setembro) e a Lei Tutelar Educativa (Lei 166/99, de 4 de Setembro).

É numa abordagem Integrada dos direitos da criança que surge a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (LPCJP), onde está consagrado, no artigo 3.º, que a intervenção tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto comprometem a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou não sejam capazes de os proteger face aos perigos colocados por terceiros, ou pelas próprias crianças ou jovens, afastando esse perigo, assim o estado tem o dever de proteger as crianças nestas situações.

Gomes (2011) refere que nos termos da LPCJP a intervenção para a promoção dos direitos e a proteção das crianças/jovens, compete em primeira instância, às entidades públicas e privadas com atribuições em matéria de infância e juventude, que por desenvolverem atividades nesta área (ex: centros de saúde, escolas) e que têm legitimidade para intervir, mas quando estas por si só não possam assegurar atempadamente a proteção que a circunstância possa exigir, surge assim em segunda instância as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) que exercem a sua competência na área do município e desenvolvem a sua intervenção junto das famílias, mobilizando, junto da comunidade, recursos necessários para a extinção do perigo a que a criança está exposta. Em última instância surgem os tribunais, que atuam em casos de urgência ou quando as CPCJ sejam incapazes de fazer cessar a situação de perigo em que a criança/jovem se encontra em tempo adequado, ou por falta de consentimento dos pais, do representante legal, ou de quem tenha a guarda de facto, ou se a criança/jovem com mais de 12 anos se opuser á intervenção.

Desta forma Sampaio, Cruz & Carvalho (2011) privilegiam a intervenção da primeira e segunda instância, contudo, casos há que pela sua natureza e gravidade exigem um recurso aos tribunais. É importante salientar que de acordo com o princípio de subsidiariedade reconhecido no art.º 4.º da LPCJP em que cada intervenção deve ser efetuada sucessivamente, da primeira instância até à ultima, em que só se deve passar para a seguinte quando esgotados todos os recursos.

É neste contexto que a ação dos Serviços de Saúde adquire um relevo particular, enquanto instância de primeiro nível, no âmbito das suas competências específicas que lhe estão atribuídas e mediante o enquadramento conferido pela Lei nº 147/99 de 1 de setembro os Centros de Saúde e Hospitais têm prioridade para intervir na proteção das crianças e jovens, contudo, não têm legitimidade para aplicar as medidas de promoção/proteção¹.

Para que a ação dos serviços de saúde se torne mais eficaz nesta matéria, é necessário, melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da deteção precoce das situações de risco e de perigo, de sinalização e/ou encaminhamento dos casos para outros serviços n no âmbito de uma eficiente articulação funcional (DGS, 2008).

1.1.2. Papel e Competência dos Profissionais

As entidades com competência em matéria de infância e juventude (ECMIJ), são estruturas habilitadas com técnicos de várias valências da área social, educação e saúde, nomeadamente Assistentes Sociais, Educadores, Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, em que cada técnico assume competências específicas e essenciais para uma eficaz e eficiente intervenção técnica desta temática (Gomes, 2010).

Segundo Sousa (2005) no que concerne às competências práticas, os profissionais são reconhecidos como catalisadores de mudança, em que a sua intervenção passa muitas vezes por capacitar a família, potenciando as suas competências, explorando-as e valorizando-as, indo contra o que muitas vezes ainda se verifica em profissionais cobertos de estereótipos e preconceitos que por vezes procuram os problemas e nunca as competências existentes nas famílias. Desta forma a intervenção é mais positiva e eficaz “se os técnicos conseguirem restringir a sua, usando as suas competências para encorajar os membros da família e verem-se como recursos”.

Para o bom desempenho das suas funções e sempre com objetivo do superior interesse da criança é importante o trabalho em equipa na análise dos casos, do diagnóstico e do prognóstico da evolução sociofamiliar, bem como o apoio ao desenvolvimento integral da criança/jovem, contribuindo para uma avaliação dos resultados e da intervenção sempre com objetivos bem definidos, de forma a proporcionar um desenvolvimento equilibrado, protegendo sempre os seus interesses.

¹ Art.º 5º da Lei nº 147/99 (medida adotada pelas CPCJ ou pelos tribunais para proteger a criança ou jovem em perigo.

A incorporação dos Assistentes Sociais vem surgindo desde que a saúde passou a ser não só como um problema físico-biológico, e sim como resultante de uma relação dialéctica do indivíduo com o seu meio ambiente (Ander-Egg, 1995: 27), ou seja, a incorporação destes profissionais surge da preocupação com a dimensão social dos problemas da saúde. Assim, atualmente o trabalho social na área da saúde baseia-se na premissa das relações entre a saúde e os fatores sociais.

A nível dos contextos sócio institucionais e comunitários, o Assistente Social tem como função: Identificar, diagnosticar e promover recursos e potencialidades, analisando os problemas e necessidades da Comunidade; tenta compatibilizar e racionalizar os recursos existentes com objetivo de obter uma maior satisfação, eficácia e eficiência das respostas, estimular e desenvolver processos de trabalho em parceria e em rede; promover a articulação, a negociação e a mediação entre agentes institucionais, entidades e organismos públicos ou privados, participando na construção e acompanhamento de protocolos de colaboração e de responsabilidade conjunta; assessorar os órgãos de administração e de gestão no ACES no processo de compreensão e implementação das medidas de política de saúde; propõe e defende a criação e implementação de estruturas tendentes à satisfação de necessidades e direitos dos cidadãos utentes ou potenciais utentes; defende as condições gerais do acesso, da humanização e da qualidade dos serviços (Gome, 2010).

De acordo com Magalhães (2005) e de forma genérica, compete ao Assistente Social, no âmbito das crianças e jovens maltratadas: (i) Promover o apoio psicossocial e acompanhamento social ao menor e à família, auxiliando-os no desenvolvimento de um projeto de vida; (ii) Mediar o relacionamento na família (muitas vezes excluída) e desta com as instituições e com sociedade local; (iii) Promover o apoio domiciliário, através de uma equipa de técnicos especializados (ex.: educadores sociais), favorecendo a permanência do menor na família e no seu contexto social; (iv) Preparar o menor, quando estiver em causa a sua retirada da família; (v) Preparar o menor para a realização de exames médicos ou para ausência em tribunal; (vi) Elaborar os relatórios sociais com vista à definição do projeto da vida do menor e da família; (vii) elaborar relatórios sociais para os órgãos criminais, sempre que se justifique; (viii) Colaborar com os programas de prevenção e maus tratos.

De acordo com a Circular Normativa nº 8 do Departamento de Modernização e Recursos de Saúde de 16 de Maio de 2002, o Serviço Social em estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, agrupa um variado leque de funções a

desempenhar, das quais se podem destacar: a identificação e análise de problemas e das necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo Diagnóstico Social; o acompanhamento e apoio psicossocial do utente e suas respetivas famílias; proceder à intervenção, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social; assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar em articulação com outros parceiros da comunidade; orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e na procura de recursos adequados às suas necessidades, entre outras funções.

A participação de médicos especialistas é crucial na realização do diagnóstico e na identificação de maus tratos e das necessidades dos menores. A Solicitação do exame médico pode ser feita por Assistentes Sociais ou profissionais de outras áreas caso considerem necessário para o processo de investigação; por polícias ou tribunais, ou até por outro médico para uma segunda opinião. Desta forma compete aos médicos realizar um exame completo e sistematizado no sentido de diagnosticar lesões e sequelas pós-traumáticas e (ou) patologias, tratar se necessário e recolher eventuais vestígios (evidências de abuso) para análises forenses. Seguidamente deve elaborar um relatório pormenorizado sobre o caso, assegurando-se que os restantes profissionais envolvidos no caso serão informados sobre as suas observações, disponibilizando-se a participar em reuniões de discussão do caso e em audiência judiciais (Magalhães, 2005).

Os Psicólogos têm um papel importante na deteção e intervenção dos casos de maus tratos competindo-lhes uma avaliação da situação de risco psicológico e do grau de sofrimento emocional em que o menor se encontra. Deve participar na elaboração e atualização do diagnóstico psicológico, identificar e encaminhar situações de perturbação do desenvolvimento e/ou problemas psicopatológicos das crianças e jovens, determinando as medidas a adotar, com objetivo de minorar as consequências do abuso, elaborando um relatório pormenorizado sobre o caso, com conclusões e propostas fundamentadas, monitorizando um plano de intervenção (Magalhães, 2005).

Neste sentido, para uma boa intervenção é importante um trabalho em parceria com a rede familiar e social de forma a identificar dificuldades e potencialidades sociofamiliares, definindo sempre em articulação com outros interventores, ações a desenvolver tendo em conta o projeto de vida, envolvendo sempre as famílias e as crianças/jovens na participação deste e conseqüente na sua evolução. Em concordância com o que já foi dito, estes técnicos têm de realizar relatórios sociais

informar ou colaborar com os tribunais ou outras entidades com competência em matéria de infância e juventude sempre com vista à definição e concretização do projeto de vida da criança ou jovem acolhido (Gomes, 2010).

A prática destes profissionais tem como principais objetivos: promover as competências das famílias; promover fatores de resiliência das crianças e dos jovens que acompanham; contribuir para uma melhor eficácia no trabalho desenvolvido em parceria, potenciando os recursos existentes, mobilizando novos recursos e promover a diminuição ou eliminação de fatores de risco. Como propósito desta intervenção, salienta-se a avaliação do risco/perigo e a intervenção, devendo estar centradas nas necessidades individuais de cada criança, ou seja, das necessidades físico-biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Neste sentido, a avaliação e diagnóstico transdisciplinar são uma maisvalia na intervenção holística, direcionada e mais assertiva (Gomes, 2010)

Aos profissionais que trabalham com crianças e jovens deve exigir-se, além da formação específica nesta matéria, capacidade de relacionamento interpessoal e competência cultural (Magalhães, 2005).

1.2. Formas de Prevenção

A prevenção deve ser uma grande aposta de todos quantos lidam com esta problemática, porque só assim se pode minimizar este flagelo. Classicamente são considerados três níveis de prevenção (Primária, secundária e terciária) que necessitam de ser trabalhados numa perspetiva integrada para combater o problema.

Neste pressuposto, as estratégias a implementar devem basear-se no conhecimento de cada realidade e ser desenvolvidas conjuntamente entre governo, organizações não-governamentais nacionais e internacionais dedicadas a esta problemática, sociedade civil em geral e grupos específicos da comunidade, universidades e cientistas em que o objetivo primordial será a promoção das alterações (económicas, culturais, normativas, etc.) necessárias para evitar ambientes disfuncionais potenciadores de violência (Magalhães, 2005).

Segundo Monteiro (2010) a prevenção deve ser executada por equipas pluridisciplinares onde cada profissional tem um papel importante e intransmissível, com capacidades técnicas e deveres específicos, face à problemática dos maus tratos, bem como a sua prevenção, deteção, sinalização e posteriormente o respetivo acompanhamento.

1.2.1. Níveis de Prevenção

Tendo adquirido os conhecimentos supracitados sobre a fisiopatologia dos maus-tratos, é possível delinear e programar diferentes estratégias terapêuticas e de encaminhamento, assim como uma programação de medidas preventivas adequadas.

Segundo Maia & Azevedo (2006), a prevenção vai mais além do que meramente a prevenção de riscos, considerando a educação para a saúde importante para um desenvolvimento de bem-estar positivo, salientando três tipos de estratégias preventivas (a primária, secundária e terciária) adequadas à problemática. Desta forma a prevenção é uma prioridade fundamental na proteção da infância

Através da prevenção primária o objetivo incide sobre a redução generalizada de prevalência do mau trato, evitando o seu aparecimento através de medidas aplicáveis à população. Canha (2003) considera que esta prevenção é dirigida à população em geral, fomentando uma cultura anti violência, implementando medidas a nível de melhoramento das condições de vida, da saúde e do emprego da comunidade, combatendo todos os comportamentos desviantes.

Na prevenção secundária “procura-se reconhecer a existência de uma série de grupos sociais, famílias ou indivíduos que possuem um conjunto de características concretas” (Maia & Azevedo, 2006, p. 125) que os colocam em situações de vulnerabilidade e os classificam como sendo de alto risco, logo o objetivo é adequar estratégias preventivas de forma a atuar sobre elas e capacitá-las, antes da ocorrência de maus-tratos.

Através da prevenção terciária procura-se “reduzir a duração e a gravidade das sequelas e dos maus-tratos e a reabilitação ou cura dos afetados” (Maia & Azevedo, p. 131), nesta fase já existe ocorrência de maus-tratos e, como tal a intervenção passa pela reabilitação da família maltratante, garantindo a segurança e/a integridade física e psíquica da criança, evitando assim repetições do abuso.

Em qualquer suspeita de mau trato “a criança deve ser internada ou temporariamente separada do meio familiar” (Canha, 2003, p. 37), para sua proteção impedindo a continuação desses maus-tratos e também para se dispor de tempo suficiente para a realização do estudo familiar e social. Nesta fase é importante observar o comportamento dos pais, da criança e o relacionamento entre eles, é também importante ouvirem-se ambos os intervenientes (verificando se há ou não contradições na declaração de ambos) de forma a favorecer elementos adicionais para a realização do diagnóstico.

1.2.2. Estratégias de Prevenção em Contextos de Saúde

Chegar ao diagnóstico da situação, é por vezes um processo longo e complexo, e como tal é importante a formação e sensibilização dos profissionais para esta problemática de forma a não ignorarem sinais de alarme, pois um diagnóstico não realizado põe em causa a vida e o futuro da criança (Canha, p. 44), podendo também perder-se uma oportunidade de intervenção numa família em crise e de tentar impedir a transmissão da violência à geração seguinte (Canha, 2003).

O diagnóstico em qualquer situação de mau trato, em geral, requer um exame médico e psicológico da vítima e uma avaliação social e do seu contexto familiar (Magalhães, 2005).

Por vezes estas crianças e jovens sofridos ao longo dos tempos acabam por ter comportamentos em sociedade erráticos, consequência dessas mesmas vivências, que não são mais do que tentativas, por vezes desesperadas de chamadas de atenção. Desta forma considera-se que “inúmeros comportamentos julgados patológicos pelo meio mostram-se, na realidade, ou sinais de um protesto sadio, ou provas da patologia do meio” (Maia & Azevedo, 2006, p. 90). Assim, os profissionais em contacto com estas crianças devem ter conhecimentos e sensibilidade suficiente para descodificar além das mensagens verbais, também as mensagens não-verbais, as quais, por vezes, se tornam mais difíceis de descodificar.

Podemos considerar que a prevenção é uma grande aposta de todos aqueles que lidam com esta problemática, pois só assim se pode minimizar este flagelo social. Devem-se implementar programas que desenvolvam e permitam caracterizar a problemática e a avaliação da fiabilidade, validade e eficácia das intervenções. Para tal é importante sensibilizar e estimular a opinião pública sobre a necessidade da prevenção, incluindo esta matéria em programas escolares nacionais, em certas licenciaturas e em programas governamentais. É necessário definir os maiores problemas sociais, coordenar esforços e mobilizar todos os membros da comunidade. Neste sentido é importante a existência de equipas multidisciplinares e a participação dos serviços de saúde no desenvolvimento de planos de ação com a cooperação de diversas organizações (redes sociais, escolas municipalidade, entre outros). Devem existir programas específicos para os grupos de maior risco ou mais vulneráveis, como mecanismos de prevenção e proteção das crianças e jovens (Magalhães, 2005).

A intervenção tem como principal objetivo proteger a criança e jovem, intervir na situação de risco para prevenir uma possível evolução para o perigo e em caso de ter existido algum tipo de mau trato, evitar a recorrência (DGS, 2011). Neste sentido

todos os profissionais devem articular entre si de forma organizada e atempada sempre que haja suspeita de maus tratos, devem fazer a respetiva sinalização aos NACJR que constituem um recurso incontornável no desenvolvimento do processo, os quais serão explorados no ponto seguinte.

2. NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

2.1. Enquadramento Histórico

Para podermos perceber em que contexto surge os Núcleos, é necessário definirmos, de forma geral, o que se entende por cuidados de saúde primários, uma vez que essa é a área de influência dos mesmos.

Os cuidados de saúde primários são a primeira e principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde e desempenham um papel central como orientadores do doente dentro desse sistema (Barros, 2009). A prestação dos cuidados de saúde primários, entendidos como a base do sistema de saúde, têm como suporte os clínicos gerais que incluem atividades que se classificam, segundo Simões (2005), em duas grandes vertentes, por um lado a medicina geral e familiar, que presta cuidados personalizados, primários e continuados a um conjunto de indivíduos no seu próprio ambiente e comunidade, e por outro lado, uma vertente de saúde pública que está vocacionada para diagnosticar, tratar e intervir sobre fatores que condicionam a saúde das populações.

Ao longo destas últimas décadas a saúde tem vindo a sofrer algumas revoluções que se caracterizam por uma visão holística, onde “o indivíduo é perspectivado como um todo” (Maia & Azevedo, 2006, p. 136), ou seja, o indivíduo é visto a várias dimensões (física, afetiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sociocultural, entre outros) as quais são de extrema importância para um desenvolvimento integral do ser humano. É neste âmbito e para prevenção de situações de risco futuras, que cada vez mais no domínio da saúde há a preocupação com a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em risco.

Os maus-tratos às crianças são considerados uma problemática ainda muito enraizada na nossa sociedade, começando pelos castigos corporais como forma de disciplinar e educar a criança. Há que perceber que por vezes esta tolerância face ao castigo possa de certa forma contribuir para a perpetuação da violência sobre a criança.

Dentro desta ideologia, Giddens (1997) considera a existência de vários fatores para a ocorrência do mau trato, sendo um dos mais comuns o facto de se tolerar e até mesmo de se aprovar um certo grau de violência no âmbito familiar.

As crianças e jovens em risco têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude. Esta problemática é considerada como um grave problema de saúde pública, em que a maior gravidade se dá em grupos populacionais mais vulneráveis.

Neste âmbito, a saúde surge como uma instância de primeiro nível (conforme apontado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco²) e deverá ter como principais objetivos, melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção e deteção precoce das situações de risco e de perigo. Uma das medidas então tomadas, no âmbito da saúde, foi a de dar início imediato à criação de uma rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco³ através do Despacho Normativo n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, implementando-os nos Agrupamentos dos Centros de Saúde⁴, no âmbito das suas competências, de forma a proporcionar respostas concertadas e articuladas nesta matéria, tendo como parceiros as diferentes entidades que integram a rede social local. Portanto, em cada ACES⁵, os NACJR⁶ atuam em articulação com as várias unidades funcionais.

2.2. Caracterização

No âmbito desta problemática e enquadrado nos novos modelos organizativos dos ACES, com base na legislação supracitada, os centros de saúde devem dispor de equipas pluridisciplinares designadas por Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, os quais devem ser constituídos pelo menos por um médico, um enfermeiro e profissionais na área de saúde mental e de serviço social. Para uma maior eficácia na prevenção e deteção precoce dos maus tratos, do acompanhamento sinalização e/ou encaminhamento dos casos para outros serviços, é necessário adequar os modelos organizativos, incrementar a preparação técnica dos profissionais e promover a circulação atempada de informação pertinente. Desta forma os elementos que constituem as equipas pluridisciplinares dos NACJR devem ser conhecedores dos

² Lei n.º 147/99, de 1 de setembro.

³ Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR.

⁴ Agrupamentos dos Centros de Saúde – ACES.

⁵ ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde.

⁶ NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

contexto sociocultural em que intervêm e dos recursos comunitários existentes; devem ser capacitados para a intervenção junto das crianças e jovens em risco; terem formação e/ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como na área dos maus tratos; devem saber utilizar os mecanismos legais e protocolos instituídos acerca desta matéria, nomeadamente nos procedimentos de sinalização e da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

Em cada ACES deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respetiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Consoante as necessidades sócio-demográficas do ACES poderá ser necessário a implementação de mais de um núcleo, ou também o aumento/diminuição do número de elementos que constitui cada equipa.

Os núcleos desenvolvem a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão. Os NACJR encontram-se sediados nas instalações da unidade funcional do centro de saúde que se mostre mais adequada à sua inserção e intervêm na área geodemográfica de influência respetiva, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

Por todo o país existem Comissões de Proteção de Crianças e Jovens⁷ que são entidades oficiais não judiciais que exercem funções e competências, de acordo com a Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, no âmbito dos processos de promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens. A intervenção do setor da saúde neste domínio surge num contexto de responsabilidades partilhadas por estas diferentes entidades na intervenção das crianças e jovens, sempre com o objetivo de atingir o mesmo fim, o bem-estar (a todos os níveis) e o interesse superior da criança.

Desta forma e com a implementação dos NACJR, a saúde surge no primeiro nível de intervenção e prevenção da ocorrência de maus-tratos, da deteção 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.

Assim os centros de saúde, com a implementação dos núcleos, têm prioridade na intervenção junto das crianças e jovens em risco, face às CPCJ e aos Tribunais (que surgem em segundo e terceiro nível de intervenção, respetivamente), que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros atuar de forma

⁷ Comissões de Proteção de Crianças e Jovens – CPCJ.

adequada e suficiente, de forma a remover o perigo, ou seja, a CPCJ só é solicitada a intervir quando os NACJR tiverem esgotado todos os meios ao seu alcance e, em último caso, quando a CPCJ não tem competências para intervir, recorre-se à intervenção judicial.

2.2.1. Missão e Objetivos

Aquando da ocorrência de qualquer situação de suspeita de maus tratos, há uma responsabilidade partilhada de todos os profissionais na colaboração e concertação das ações através do funcionamento de equipas de trabalho com vocação específica para o efeito, constituindo uma mais-valia neste domínio.

Neste sentido, os núcleos, são dinamizados nos Centros de Saúde e Hospitais e têm um papel de particular importância no apoio aos profissionais, que no âmbito de intervenção de primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos. Têm um papel importante na mobilização e articulação dos recursos existentes. Os núcleos permitem agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais, no que diz respeito à transição dos casos, os quais, devido à sua complexidade, por vezes ultrapassam a capacidade de resposta dos NACJR, necessitando assim de transitar para o segundo e terceiro nível.

Desta forma os núcleos contribuem em larga medida no apoio continuado, assumindo a condução do processo (DGS, 2008).

Conforme o Despacho Normativo n.º 31292/2008, a intervenção dos NACJR, no que respeita à condução dos casos deve seguir as seguintes orientações: prestar consultadoria aos profissionais/equipas, que lidam diretamente com as situações, e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno (no ACES) e a nível externo (com os parceiros comunitários); apoiar os mesmos no acompanhamento das situações, através, nomeadamente, da elaboração, para cada caso, um Plano de Intervenção de Apoio à Família⁸, desenvolvido a partir das necessidades identificadas e, por último, avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outras entidades ou nível de intervenção, quando tal se justifique.

De acordo com a DGS (2007) os profissionais e equipas que tomam contacto com os casos devem, de acordo com as suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos.

⁸ Plano de Intervenção de Apoio à Família – PIAF.

CAPÍTULO II – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES

O ponto de partida de qualquer ciclo teórico é um conjunto de informações sobre o real, referenciável a uma problemática teórica, com informações não elaboradas, de natureza ideológica, essenciais de um problema sobre que uma matriz disciplinar poderá trabalhar. Neste sentido podemos considerar que é um trabalho de transformação teórica de um problema de partida, pela construção de problemas indispensáveis (Pinto & Almeida, 1982).

Assim sendo uma Investigação tem sempre como objetivo fundamentar conceder novo conhecimento ou validar algum conhecimento preexistente, testando alguma teoria para verificar a sua veracidade, trata-se de um processo de aprendizagem, não só para o individuo que o realiza, mas também para a sociedade em geral (Batista & Maria, 2011).

Todo o processo de investigação compreende um conjunto de etapas, as quais começam por uma formulação do problema (saber qual a possível resposta a procurar para a solução, conhecer e compreender os fatos e explica-los), passando por um processo de recolha de informação e definir as hipóteses de trabalho ou questões de investigação (Dias, 2010).

Neste sentido, o problema passa pela compreensão da eficácia dos NACJR na prevenção e intervenção dos profissionais para a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens em risco de forma eficaz.

Quando a investigação adota uma metodologia quantitativa, a formulação das Hipóteses é extremamente importante no sentido de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, de forma organizada apontando para os dados que será necessário obter (Coutinho, 2011).

Neste sentido é importante delinear delinear algumas Hipóteses do estudo:

- Em situações de maus tratos os profissionais que tomam contato com os casos, fazem a respetiva sinalização, intervenção e encaminhamento dos mesmos;
- A implementação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens veio contribuir para intervenção de forma mais eficiente na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens que se encontram em situação de risco ou perigo;
- O procedimento dos profissionais nesta matéria está diretamente relacionada com as competências;

- Os profissionais que trabalham na área de infância e juventude têm formações e conhecimentos adequados sobre as várias políticas sociais referentes à problemática e redes de apoio.

1.1. Objetivos do Estudo

O estabelecimento do objetivo é de extrema importância na realização de qualquer trabalho de investigação, pois ajuda a interiorizar cuidadosamente sobre o que vale ou não a pena investigar e, por outro, ponderar a forma como a investigação irá ser conduzida (Bell, 1997: 36).

Este projeto tem como principal objetivo avaliar a percepção que os profissionais dos cuidados de saúde primários têm relativamente aos Núcleos de Apoio a Crianças e jovens em Risco.

Os objetivos específicos segundo Dias (2008), têm um carácter mais intermediário, sendo utilizados para cada unidade do conteúdo do trabalho, pressupondo um domínio mais claro e preciso do tema. Desta forma os objetivos específicos presentes no projeto são:

- Verificar que conhecimento é que os profissionais de saúde têm sobre os NACJR.
- Analisar a importância atribuída por parte dos profissionais relativamente aos NACJR nos ACES.
- Analisar as principais dificuldades sentidas pelos profissionais relativamente aos núcleos.
- Verificar se os profissionais de saúde têm competências e formação adequada, assim como, se a sua experiência profissional poderá contribuir para uma bom desempenho destes nos NACJR.

1.2. Cronograma

Em qualquer tipo de pesquisa, os planos devem sempre apresentar um cronograma, ou seja, a calendarização das várias fases em que se irá desenvolver sob pena de correr o risco de perder o controlo do projeto (Dias, 2010).

Neste ponto são apresentados dois cronogramas⁹. O primeiro cronograma tem como finalidade apresentar todos os passos realizados desde o início do projeto de investigação até à sua finalização, ou seja tem como finalidade indicar com clareza e objetividade o tempo de execução previsto para as suas diversas fases, como: a

⁹ Anexo III – Cronogramas A e B

definição do tema, a formulação do problema, passando pela recolha de toda a informação necessária, como o estabelecimento de objetivos até á entrega do projeto e sua respetiva defesa. O segundo cronograma, apresenta, uma proposta das etapas a definir para uma futura aplicação do projeto, onde é produzida a calendarização das fases de investigação necessárias para o desenvolvimento de cada uma das etapas que deve ser realizado com todo o realismo possível. Essas etapas passam por uma reavaliação do projeto inicial, com base em novas pesquisas bibliográficas, articulação com as equipas multidisciplinares para a aplicação dos inquéritos, em que posteriormente se fará a respetiva análise estatística dos dados através do programa Statistical Package for the Social Science for Windows (SPSS 13.0).

2. METODOLOGIA

A metodologia prende-se com o significado etimológico, com a lógica justificativa dos princípios racionais, coerentes e eficazes na produção do conhecimento científico (construção de teorias) e nos princípios básicos de todo o processo de investigação social e da avaliação crítica dos seus elementos fundamentais (Dias, 2009).

Desta forma a metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, da escolha de técnicas de recolha de dados que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir (Batista & Maria, 2011).

O método científico é um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento, desta forma, os métodos organizam a pesquisa, sob o comando da teoria, selecionando as técnicas e integrando os resultados parciais, ou seja, consistem num conjunto de estratégias a adotar perante tipos diferenciados de pesquisa (Dias, 2009).

Em Investigação existem dois métodos que orientam o desenvolvimento do conhecimento científico, sendo eles o método qualitativo e o método quantitativo. Na presente investigação é utilizado o método quantitativo, pelo facto de existir a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população (Batista & Sousa, 2011).

Numa investigação quantitativa, as hipóteses, as variáveis e o projeto de investigação são sempre previamente definidos, baseando-se a validade dos resultados no controlo conceptual e técnico das variáveis de estudo. Do ponto de vista conceptual a pesquisa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na mediação e avaliação de variáveis comportamentais e socio-afetivas passíveis de

serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no desenvolvimento da investigação (Coutinho,2011).

De forma sintética e com base nos autores supracitados a investigação quantitativa caracteriza-se por: (i) dar ênfase aos factos, comparações, relações, causas, produtos e resultados do estudo; (ii) formulação de hipóteses que experimentem relações entre variáveis; (iii) a investigação ser baseada na teoria, consistindo muitas vezes em testar, verificar, comprovar teorias e hipóteses; (iv) realização de uma seleção probabilística de uma amostra a partir de uma população rigorosamente definida; (v) Generalização dos resultados a partir da amostra. (vi) O objetivo do estudo é desenvolver generalizações que contribuam para aumentar o conhecimento e permitam prever, explicar e controlar fenómenos.

2.1. Definição e Operacionalização das Variáveis

Segundo Dias (2010) as variáveis são o material com o qual se constroem as hipóteses. Uma variável é uma característica ou dimensão da realidade que pode adotar distintos valores e é um fator que varia, que muda em diferentes situações, para diferentes objetivos e sujeitos. Assim sendo, as variáveis permitem-nos agrupar, diferenciar, ordenar, distribuir e relacionar objetos, pessoas ou outros elementos da realidade.

Após a conceptualização dos conceitos (formulação do problema de investigação, hipóteses ou modelo analítico), é necessário a operacionalização desses mesmos conceitos. Assim, o investigador deve definir que atividades ou operações devem ser realizadas para medir uma variável (ênfase quantitativo) (Batista & Sousa, 2011).

Para uma análise ser conduzida de forma consistente, é importante definir e classificar as variáveis de interesse para a investigação que pressupõem a clarificação das variáveis em quatro tipos: Dependentes, Independentes, Moderadoras e Intervenientes ou intermediárias. Segundo Batista e Sousa (2011) A variável dependente é aquela que se conota diretamente com as respostas que se procuram na investigação; a variável independente constitui fatores determinantes que vão influenciar, em que o investigador recorre à sua manipulação para observar os efeitos produzidos das variáveis dependentes; a variável moderadora (geralmente ligada à variável independente) relaciona-se com determinados fatores circunstanciais que podem aparecer na investigação, mas que causam desvios moderando ou alterando os resultados; a variável Interveniente ou intermediária exerce diferentes influência no

decorso da investigação e que necessita de ser identificada pois pode influenciar o resultado da investigação.

As variáveis do estudo, tiveram em considerações as hipóteses definidas no ponto anterior. Desta forma relativamente à primeira hipótese: Em situações de maus tratos os profissionais que tomam contato com os casos, fazem a respetiva sinalização, intervenção e encaminhamento dos mesmos. Nesta Hipótese a variável dependente (X) São os profissionais de saúde e variável independente (y) são os maus tratos. A segunda Hipótese: Analisar a importância atribuída por parte dos profissionais relativamente aos NACJR nos ACES. Nesta Hipótese a variável dependente (x) são as crianças e a variável independente (y) são os NACJR. A terceira Hipótese: Analisar as principais dificuldades sentidas pelos profissionais relativamente aos núcleos. Nesta Hipótese a variável dependente (x) são os Profissionais de saúde e a variável independente (y) são as competências dos profissionais. A quarta e última hipótese:

Verificar se os profissionais de saúde têm competências e formação adequada, assim como, se a sua experiência profissional poderá contribuir para uma bom desempenho destes nos NACJR. A variável dependente (x) são os profissionais de saúde e a variável independente (Y) é a formação e experiência profissional.

Em muitos planos de orientação metodológica quantitativa, o objetivo do investigador é averiguar o impacto de uma variável independente (manipulável ou não) sobre uma variável dependente, e esse resultado precisa de ser medido e quantificado (Coutinho, 2011)

2.2. População e Amostra

A amostra é uma parte ou um subconjunto da população, a seleção da amostra no presente estudo é de 160 profissionais do Agrupamento Dão Lafões, o qual abrange catorze concelhos. Destes catorze concelhos a percentagem de amostra é relativa ao grupo de profissionais: pessoal médico, pessoal de enfermagem, Técnicos Superiores de Saúde, Técnicos Superiores e Técnicos de Diagnostico Terapêutico pertencentes ao ACES Dão Lafões.

A amostra é um grupo de sujeitos selecionados para representar a população inteira de onde provieram. O processo de amostragem consiste no estudo de uma população através da análise dela, ou seja, da amostra. A amostragem permite um conhecimento científico da realidade, através da inferência indutiva, ou seja, tirar conclusões concretas da amostra sobre a população. Podemos considerar que há três

momentos chave no processo de amostragem que são: a identificação da população e da amostra (que pode ser representativa ou não representativa); a determinação do tamanho da amostra e a seleção da amostra (Coutinho, 2011).

A técnica de amostragem utilizada no estudo é a estratificada, pois é usada a informação existente sobre a população, para que o processo de amostragem seja mais eficiente. A lógica desta estratificação é no sentido de identificar grupos que variam entre si relativamente ao parâmetro de estudo (Batista & Sousa, 2011).

Segundo Carmo & Ferreira (1998), a população ou universo é o conjunto de elementos/unidades com características em comum, por conseguinte, considerámos como população todos os Profissionais de Saúde que integram o Agrupamento de Centros de saúde¹⁰.

2.3. Instrumento

Entre diversas técnicas de recolha de dados, o questionário, constitui a técnica privilegiada da quantificação.

O instrumento de recolha de dados utilizado no projeto, foi o inquérito por questionário¹¹. De acordo com Carmo Ferreira (1998), o inquérito por questionário é um processo de recolha de dados capazes de serem comparados e para responderem a um problema específico. As questões formuladas devem ser as mais objetivas possíveis, com a finalidade de conceder uma maior fiabilidade ao trabalho.

Desta forma no presente trabalho foi elaborado um inquérito por questionário e aplicado aos profissionais de saúde pertencentes ao ACES Dão Lafões. O inquérito aplicado é composto por quatro partes: a primeira é relativa à caracterização sociodemográfica de todos os profissionais. A segunda é referente ao conhecimento e a importância que os profissionais atribuem aos NACJR. Relativamente à terceira parte do questionário, refere-se à experiência profissional, competências e formação dos inquiridos sobre a problemática das crianças e jovens em risco. A quarta e última parte são referentes à avaliação do questionário.

Antes de aplicar o questionário, deve-se sempre aplicar um pré-teste, que deverá permitir verificar: se todos os inquiridos irão compreender as questões da mesma forma; se a lista de opções de respostas às questões fechadas, considera todas as alternativas possíveis; se existe um elevado grau de aceitação às questões colocadas para que não haja nenhuma pergunta cuja resposta seja recusada e

¹⁰ Anexo 2 (Recursos Humanos do ACES Dão Lafões)

¹¹ Anexo IV – Inquérito por Questionário

portanto fique inutilizável; a ordem das questões, que deverá não causar saltos abruptos de um assunto para o outro; se a linguagem não é muito complexa e se é compreensível pelos inquiridos.

O pré-teste inclui 2 fases: verificação das perguntas individuais e verificação do questionário como um todo no q diz respeito às condições de aplicação. Deve-se testar para verificar a fiabilidade do questionário e obter uma taxa de respostas suficientes para que a análise seja válida (Batista & Sousa, 2011).

2.4. Procedimento de Recolha e Análise de Dados

A aplicação do instrumento de recolha de informação será realizada no ACES Dão Lafões. O Instrumento escolhido para a recolha de dados foi o Inquérito por questionário, direcionado aos profissionais de saúde que integram o ACES.

A entrega do inquérito será feita nos centros de saúde que estão integrados no ACES Dão Lafões, para tal, será necessário a colaboração dos profissionais dos centros de saúde para a entrega do questionário, visto ser uma amostra relativamente grande (n=160), e como tal para uma recolha de informação mais rápida e eficaz.

A análise estatística da investigação será realizada através do programa Statistical Package for the Social Science for Windows (SPSS 13.0). Baseado na estatística descritiva e vocacionada para as ciências sociais.

O objetivo com a proposta da utilização do programa de soft ware SPSS, é analisar as variáveis em estudo descritivamente, de modo a comparar, a relação existente entre as variáveis definidas (representação social (X); (Y), os fatores explicativos da experiência e formação profissional, da implementação dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, da sensibilidade dos profissionais para a problemática dos maus tratos.

Numa fase seguinte a prioridade é propor técnicas estatísticas, que permitam identificar a existência ou não de correlações entre as variáveis. O processo de correlação, permite determinar o grau de associação entre as variáveis e medir a relação ou a ordem dessas mesmas.

Neste seguimento para determinar a correlação é proposto a utilização do teste estatístico (coeficiente de correlação). Este é dividido em coeficiente de correlação de Spearman, utilizado quando as variáveis não têm uma distribuição normal ou o coeficiente de correlação de Pearson utilizado quando as variáveis apresentam uma distribuição normal.

Esta análise será orientada através das respectivas normas da correlação, em que os coeficientes de correlação podem variar entre (-1) ou seja quando existe uma associação negativa perfeita e (+1) no caso de se tratar de uma associação positiva Perfeita. O valor (0) indica a inexistência de uma relação entre as variáveis.

3. PREVISÃO DE RESULTADOS

Para se poder interpretar os resultados obtidos é necessário voltar atentamente aos marcos teóricos, que sejam pertinentes à investigação, pois a relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação dos resultados. Neste sentido as interpretações serão sempre no sentido de ir buscar o que se esconde sob a aparente realidade e o que querem dizer em profundidade certas afirmações /constatações aparentemente superficiais (Coutinho, 2011).

A criança é um ser indefeso e com necessidades especiais, e como tal, precisa de um suporte familiar que lhe satisfaça as suas necessidades básicas, num ambiente saudável de forma a desenvolver-lhe capacidades físicas, sociais e mentais, garantindo-lhe um desenvolvimento integral a todos os níveis. A proteção das crianças e jovens com dificuldades no seu desenvolvimento integral tem sido objeto de particular atenção ao longo deste século, em que os seus direitos são reconhecidos verificando-se uma preocupação de prevenção e proteção orientada no sentido de evitar situações de perigo e que puderam ser potenciadoras a comportamentos desviantes ao longo do seu desenvolvimento (Ramião, 2010).

É neste sentido que se tem verificado cada vez mais uma preocupação das diversas entidades com competência em matéria de infância e juventude (ECMIJ) de dar o apoio educativo, social e proteger as crianças e os jovens. Estas entidades estão normalmente habilitadas com técnicos de diversas áreas (social, educação, psicologia), que têm capacidades técnicas e obrigações específicas face à problemática dos maus tratos, bem como ao seu encaminhamento para as diversas estruturas de proteção. É neste sentido que todos os profissionais devem estar atentos e seguir todos os procedimentos corretos de forma a minimizar estas situações (Reis,2009).

No que diz respeito aos serviços de saúde, que são considerados de primeira linha, têm uma posição privilegiada na deteção precoce de situações de risco, sobretudo nas primeiras idades (através da gravidez, consultas periódicas, do plano de vacinação e em visitas domiciliárias).

È neste âmbito que os profissionais devem ampliar a maior quantidade de informação possível relativamente a uma possível situação de maltrato, bem como validar com a máxima fiabilidade possível, qualquer suspeita.

Reis (2009) destaca um estudo levado a cabo por Eckenrode, Levine-Powers, Desta forma, num contexto em que a problemática respetiva aos maus tratos tem vindo a mais a preocupar e consciencializar a nossa sociedade e entidades, achou-se pertinente através deste estudo, verificar se os profissionais estão verdadeiramente sensibilizados para esta problemática e se fazem sempre que necessário a sinalização, a intervenção e (ou) encaminhamento.

Para uma melhor perceção da sensibilidade dos profissionais de saúde, e do seu grau de conhecimento sobre os maus tratos prestados às crianças/jovens e as respetivas consequências a nível do desenvolvimento intelectual e cognitivo sobre os mesmos, achou-se por bem ter conhecimento de quantos deles já tinham integrado ou que integravam uma Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que se considera uma estrutura especializada que recebe, verifica, avalia e decide segundo determinados parâmetros, as medidas mais adequadas às situações de perigo/risco. Assim sendo, os profissionais ao integrarem uma CPCJ, acaba por ser uma intervenção extremamente complexa e exigente sob o ponto de vista técnico, ético e humano, com algumas limitações.

Através do despacho nº 31292/2008 foi criada uma rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), em que tem de existir pelo menos um por ACES. A saúde é uma das entidades de primeira linha, e têm responsabilidade particular na deteção precoce de contextos, fatores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos. Desta forma, e com base na legislação supracitada estes núcleos devem ser constituídos por equipas pluridisciplinares integradas por profissionais de saúde às quais deve pertencer pelo menos um médico, um enfermeiro e profissionais na área de saúde mental e de serviço social.

Depois de se fazer esta análise social dos profissionais inquiridos, e com base no estudo sobre os NACJR, achou-se pertinente perceber se a implementação destes núcleos foi benéfico para a intervenção dos profissionais em crianças e jovens em risco. Tentou-se perceber qual o grau de conhecimento dos profissionais sobre a existência e funcionalidade destes núcleos no ACES Dão Lafões, e também qual a importância que estes têm na resolução de situações/problema.

Como já foi referido em cima, a legislação destaca um leque de profissionais que devem ser integrados nos NACJR, e como tal achou-se importante para a investigação perceber quais as áreas profissionais a que os inquiridos dão mais importância para integrarem a equipa que constitui o NACJR.

Numa terceira parte desta investigação permitiu-se perceber quantos destes profissionais já alguma vez na sua experiência profissional se depararam com situações de maus tratos, e se fizeram os respetivos encaminhamentos para outro técnicos ou serviços.

Pode fazer-se um cruzamento de informações entre o número de profissionais que já fez encaminhamentos de maus tratos e a quem dirigiu esse encaminhamento.

Pode-se relacionar conhecimentos dos profissionais sobre a problemática com as suas competências.

Salienta-se a importância dos técnicos, que se encontram em contínua formação e aprendizagem, uma vez que a área das crianças/jovens em perigo é caracterizada por ser de intervenção multidimensional, o que faz com que os técnicos devam possuir saberes de diversas temáticas, bem como estar sempre informados, atualizados, o que remete para uma constante investigação por parte do mesmo (Ferreira, 2011).

Baseado no relatório da Direção Geral de Saúde (2011) verifica-se que se têm realizado ações temáticas tendo em vista o aprofundamento de conhecimentos em matérias específicas relativas aos maus tratos, quer por iniciativas das coordenações Regionais, quer pelos NACJR. As ações foram assentes no enquadramento legal, a problemas ligados ao alcoolismo, ao enquadramento sistémico associado aos maus tratos, abuso sexual, alineação parental e competências parentais. Contudo ainda muito há a fazer, pois no mesmo relatório vêm discriminadas as necessidades formativas apontadas pelos elementos das equipas dos núcleos, que sugerem a abordagem de temas como: Protocolos de atuação; aspetos legais da intervenção; mecanismos de articulação entre saúde e justiça; violência doméstica; gestão de conflitos; técnicas de comunicação e mediação familiar; complementaridade de respostas; gestão de confidencialidade; estudo de casos e supervisão.

CONCLUSÃO

Ao longo da realização do presente trabalho foi desenvolvida uma intensa pesquisa bibliográfica para melhor compreensão dos temas abordados, desta forma foi importante recorrer à diversidade de obras e documentos que permitam fazer um discurso pessoal, mas científico, apoiado na informação recolhida. (Dias, 2008: 35).

No que refere ao estudo empírico retratado no relatório, o qual tem por tema, “Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – Papel dos profissionais para a prevenção e estratégias de intervenção” surgiu da preocupação com a problemática dos maus tratos que começa a ser reconhecida como um dos maiores problemas sociais. No entanto, relativamente à promoção dos direitos e à proteção das crianças e jovens em risco, têm-se vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, constatando-se cada vez mais a preocupação com esta problemática, talvez, reflexo de vários fatores sociais onde se destacam o reconhecimento da importância da infância na personalidade adulta, a sensibilização ao fenómeno da violência e a aceitação da responsabilidade da organização social nos fenómenos de desvio. (Maia & Azevedo, 2006).

A intervenção da saúde neste domínio é muito relevante, pois é nestes serviços que se deteta precocemente as situações de maus tratos, e é neste âmbito que os profissionais devem ter uma responsabilidade acrescida de diagnosticarem e sinalizarem qualquer situação para que se possa proceder a uma intervenção rápida.

As experiências de maus-tratos, negligência e abandono vivenciados pelas crianças/jovens, durante a sua infância, constituem uma ameaça ao seu bem-estar, podendo fomentar dificuldades de integração social, bem como problemas de desenvolvimento que lhes deixem sequelas, que podem ser muitas vezes inultrapassáveis (Gomes, 2010).

A criança/jovem em risco é uma realidade cada vez mais visível no quadro da sociedade atual, dado que são situações que assumiram uma grande importância social e política, ou seja, são situações geradoras e fruto de situações de violência e insegurança no seio familiar, resultante de ruturas da mesma, de condições socioeconómicas degradadas ou de natureza e tradição cultural (Ferreira, 2011).

Desta forma, a análise da situação da criança/jovem em risco impõe ao profissional uma análise baseada entre a criança, a família e o contexto em que se desenvolve, bem como a análise da mesma no quadro das políticas públicas de resposta ao problema.

Assim, relativamente aos maus tratos, a orientação dos profissionais de saúde aponta no sentido da prevenção, implicando uma intervenção integrada pelos diversos níveis comunitários passando pela formação transdisciplinar dos profissionais e pela criação efetiva de redes efetivas de atuação. É neste molde de ação que é importante constante pesquisa nesta matéria, de forma a contribuir para um alargado conhecimento da problemática, assente em bases científicas, que constituirá uma orientação fundamental para uma estratégia de intervenção mais eficaz. É importante o investimento nesta área, assim como a criação de políticas de saúde comunitária e de programas de prevenção e normas de atuação (Magalhães, 2005).

Salienta-se que a medida de promoção e proteção a adotar em cada caso irá depender das características e especificidades da situação de cada criança/jovem em causa, bem como do diagnóstico e do prognóstico que se faz de cada uma delas, sem esquecer o superior interesse da criança como princípio da intervenção. Com o objetivo da promoção e proteção das crianças e jovens, o Técnico Superior de Serviço Social tem um papel preponderante na identificação e interpretação da realidade social que intervém nas problemáticas desencadeantes da institucionalização, participando no desenvolvimento de políticas, processos e práticas que contribuam para a resolução dos problemas identificados (Gomes, 2010).

No que refere ao estudo empírico retratado do relatório, A intervenção da saúde, surgiu da preocupação com a problemática dos maus tratos que começa a ser reconhecida como um dos maiores problemas sociais. No entanto, relativamente à promoção dos direitos e à protecção das crianças e jovens em risco, têm-se vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, constatando-se cada vez mais a preocupação com esta problemática, talvez, *reflexo de vários factores sociais onde se destacam o reconhecimento da importância da infância na personalidade adulta, a sensibilização ao fenómeno da violência e a aceitação da responsabilidade da organização social nos fenómenos de desvio.* (Silva, 1995, cit. por Maia & Azevedo (2006: 19).

A intervenção da saúde neste domínio é muito relevante, pois é nestes serviços que se deteta precocemente as situações de maus tratos, e é neste âmbito que os profissionais devem ter uma responsabilidade acrescida de diagnosticarem e sinalizarem qualquer situação para que se possa proceder a uma intervenção rápida.

Outro fator tão ou mais importante, prende-se com a articulação entre todos os técnicos que acompanham as crianças e famílias, magistrados judiciais, elementos da CPCJ/EMAT, ou profissionais de saúde (que podem ou não estar inseridos nos

NACJR) e de educação. É através da conjugação de todos que se consegue cumprir o objetivo comum, ou seja, que a criança/jovem tenha assegurada a concretização do seu projeto de vida, em tempo útil e sempre na defesa dos seus superiores interesses, pelo que se torna fundamental otimizar o trabalho desenvolvido por todos os intervenientes, melhorando a comunicação e a coordenação entre os vários serviços.

Assim a ação da saúde passa por sensibilizar e motivar o profissionais, clarificar e uniformizar os conceitos, facilitar o processo de intervenção e promover ações coordenadas entre as diferentes entidades (DGS, 2011).

A ausência de uma família, ou a pertença a uma família desequilibrada e com historial de violência familiar afeta o desenvolvimento integral da criança e das crenças desta acerca dos relacionamentos, bem como o seu funcionamento social e emocional podendo potencializar o aparecimento de condutas desviantes (Reis, 2009; Ribeiro, 2010).

Geralmente nestas famílias a parentalidade, a sua função vinculativa e socializadora está perturbada, associando-se habitualmente uma conjugalidade conflitual, existindo uma elevada instabilidade afetiva e desarmoniosa entre os membros (Oliveira, 2009).

Desta forma o serviço social tem um papel preponderante na Intervenção e acompanhamento da criança/jovem e no seu desenvolvimento biopsicossocial. O Serviço Social tem o privilégio e a capacidade de concretizar um acompanhamento psicossocial completo e verdadeiro ao cliente, às famílias e à comunidade, portanto o apoio psicossocial caracteriza-se por ser um instrumento para a promoção do bem-estar e equilíbrio físico, psicológico e emocional dos indivíduos, sendo que o Assistente Social adota uma intervenção centrada no apoio às necessidades específicas dos clientes, capacitando-os e fortalecendo-os através da mobilização de recursos (Gomes, 2010).

Conclui-se assim e reconhecendo a ambiguidade, heterogeneidade e complexidade do fenómeno, há uma necessidade imperiosa de mecanismos preventivos e remediativos na erradicação dos maus-tratos e na luta pela concretização dos direitos elementares destas crianças.

BIBLIOGRAFIA

- Barros, P. (2009). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Coimbra: Edição Almedina.
- Bartlett, H. (1979). *A Base do Serviço Social*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.
- Batista, C. & Sousa, M. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios – Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Canha, J. (2003). *Criança Maltratada*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Coutinho, C. (2012). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teórica e Prática*. Coimbra: Edição Almedina.
- Dias, M. (1999). *Métodos e Técnicas de Estudo e Elaboração de Trabalhos Científicos*. Coimbra: Minerva.
- Dias, M. (2008). *Manual de Sugestões Para Estudantes: estudar e fazer Trabalhos académicos com método*. Viseu: Psicosoma.
- Dias, M. (2009). *O Vocabulário do Desenho de Investigação*. Viseu: Psicosoma.
- Dias, M. (2010). *Planos de Investigação Avançada – Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Maria Olívia Dias.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Crianças e Jovens em Risco. Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde*. Lisboa: Documento Técnico.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Ação de Saúde para Crianças e jovens em Risco- Comissão de Acompanhamento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ferreira, J. (2011). *Serviço Social e Modelos de Bem-estar para a Infância*. Lisboa: QuidJuris.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Gulbenkian.
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Alfragide: Texto Editores.
- Gonçalves, R. & Machado, C. (2003). *Violência e Vítimas de Crimes - Vol.2 – Crianças*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID – Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos (2003). *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Maia, A. & Azevedo, M. (2006). *Maus Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi.
- Maia, A. & Azevedo, M. (2006). *Maus tratos à criança, Lisboa: Climepsi*.
- Martins, A., et al (1999). *Serviço Social Profissão e Identidade Que Trajetória*. São Paulo: Veras Editora.
- Martins, A. (1999). *Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Lisboa: Direção Geral da Saúde, Volume I e II.
- Ministério da Saúde (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Plano Estratégico (2007-2009) – Reforma dos cuidados de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em www.mcsp.min-saude.pt.
- Monteiro, A. R. (2010). *Direitos da Criança: Era uma vez...* Coimbra: Almedina
- Pinto, J.& Almeida, J. (1982). *Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Oliveira, P. (2009). *Maus Tratos: A atitude dos Técnicos da Comissão de Proteção* Dissertação de Mestrado em Vitimização da Criança e do Adolescente. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Ramião, T. (2010). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Anotada e Comentada – Jurisprudência e Legislação Conexa*. Lisboa: Quid. Juris.
- Ramião, T. (2006). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa: quid júris.
- Rego, A. (2008). *Crianças e Jovens Maltratados e suas Famílias*. Dissertação de Doutoramento em psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: Universidade Aberta).
- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco: Contributos para a organização de critérios de avaliação de fatores de risco*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Relvas A. & Alarcão M. (2007). *Novas Formas de Família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro. S. (2010). *Memórias de Violência na Infância: Impacto da Exposição de Menores à Violência Interparental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Sampaio, D. & Carvalho, M. (2011). *Crianças e Jovens em Risco – A família no centro da intervenção*. Cascais: Príncípia.

Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação da saúde; da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Edição Almedina.

Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto Editora.

Decreto-Lei n.º 214/2007, de 29 de Maio – aprovação da nova orgânica do Instituto da Segurança Social, IP (ISS, IP).

Decreto-Lei n.º 332-B/2000, de 30 de Dezembro – veio regulamentar a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. D.R. nº38, I Série – Criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde.

Despacho Normativo n.º 31292/2008, publicado no Diário da República, 2.º Série – n.º 236 – 5 de Dezembro de 2008. Aprova o documento «Maus-tratos em crianças e jovens – Intervenção da Saúde».

Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, publicada no Diário da República, 1.º Série, n.º 204 – 1 de Setembro de 1999. Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

Lei nº 4/2004 de 15 de Janeiro. D.R. nº12, I série - princípios e normas para a criação da Missão dos Cuidados de Saúde Primários.

Portaria nº 394 – A/2012, publicado no Diário da Republica, 1ª série - nº231 – 29 de novembro de 2012. Reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde.

Resolução de Conselho de Ministros de 12 de Outubro, nº157/ 2005 de 12 de Outubro - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Resolução de Conselho de Ministros nº 86/ 2005 de 27 de Abril, nº 81, I série – Metas Operacionais para o desenvolvimento/ reforma dos cuidados de saúde primários.

ANEXOS

Anexo I – Estrutura Orgânica de um ACES

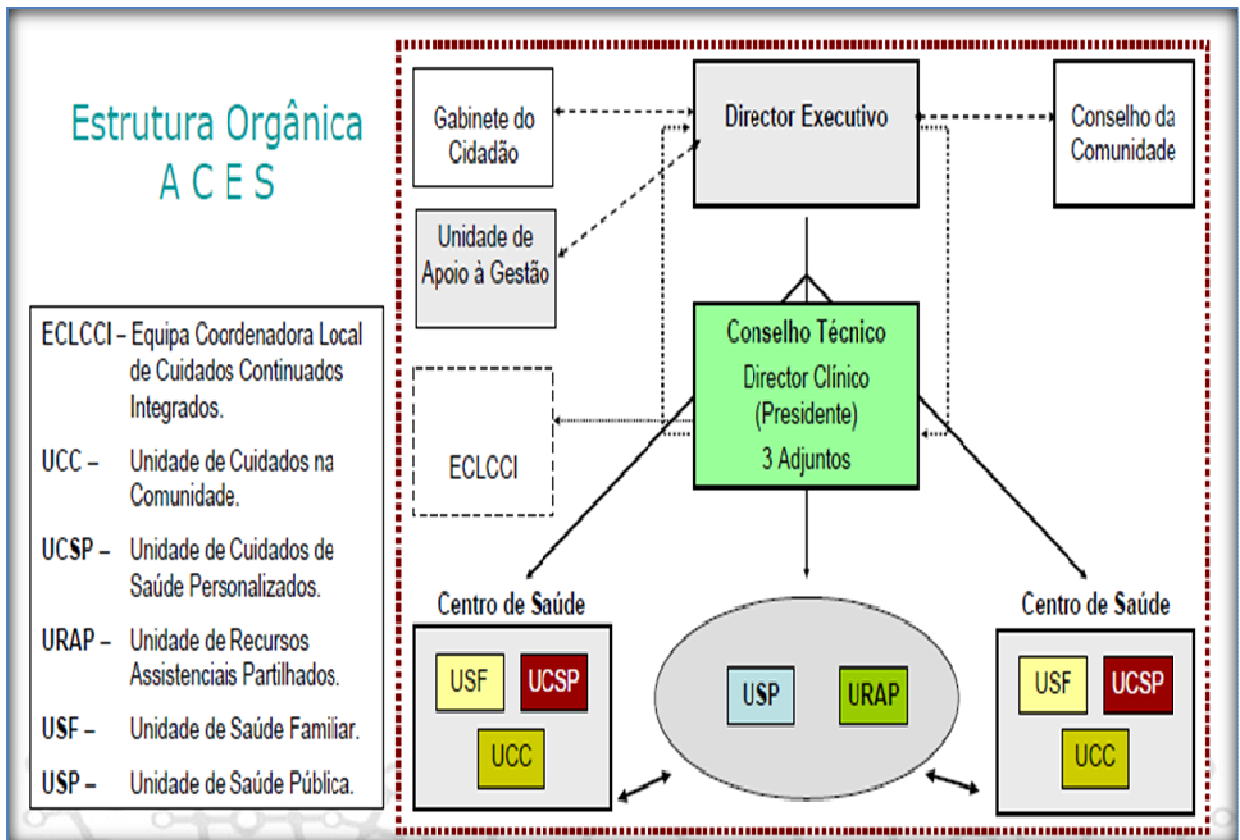
Anexo II – Intervenção nos Centros de Saúde

Anexo III - Recursos Humanos do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões

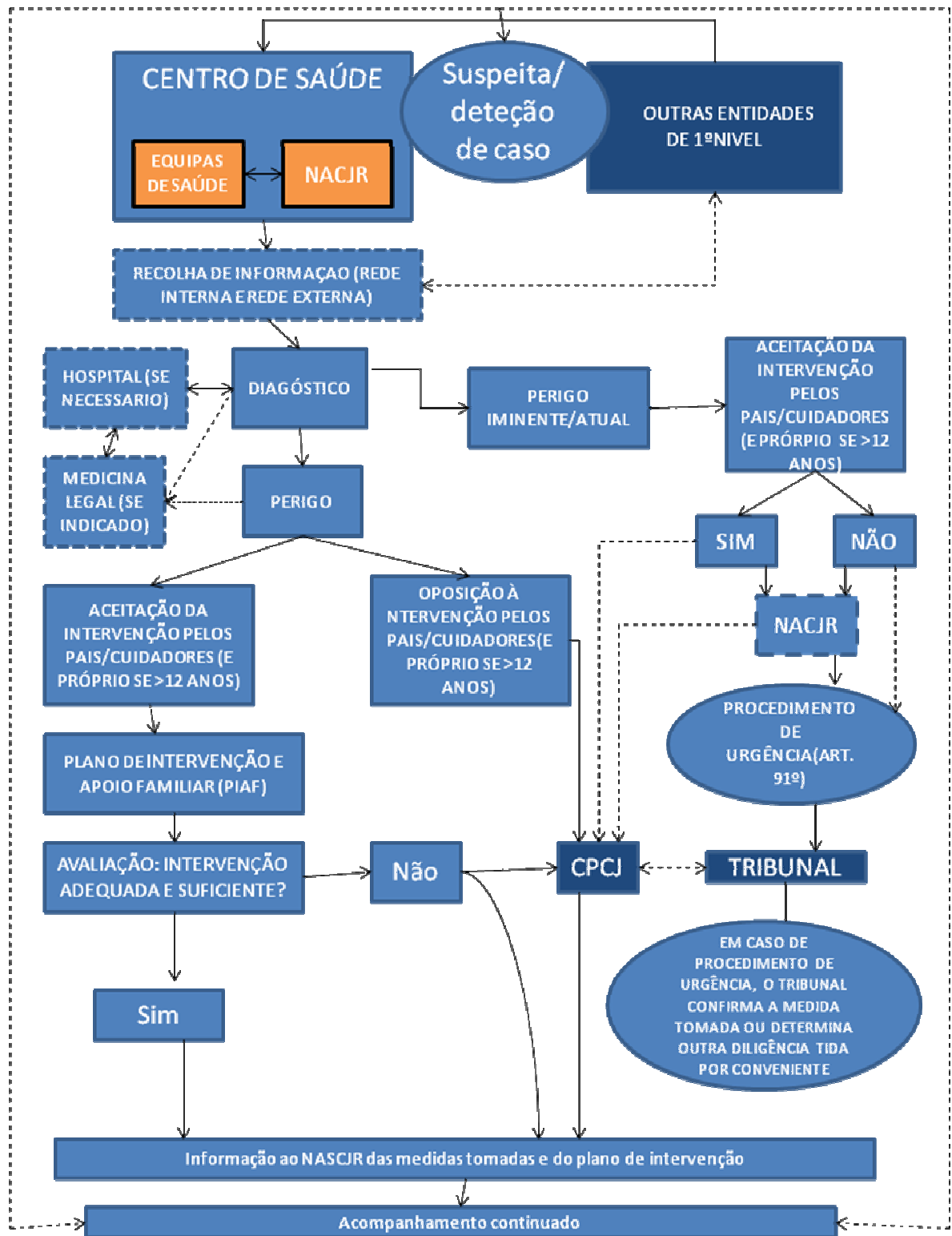
Anexo IV – Cronograma

Anexo V – Inquérito por Questionário

ANEXO I – ESTRUTURA ORGÂNICA DE UM ACES



ANEXO II – INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE



ANEXO III - RECURSOS HUMANOS DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DÃO LAFÕES

Agrupamento de Centros de Saúde do Dão-Lafões

Sede	Concelhos	Centro de Saúde	inscritos nos centros de saúde (com e sem MF) Fevereiro de 2012	recursos humanos afetos aos ACES	
				Grupo profissional	Número
Viseu	Aguiar da Beira	Aguiar da Beira	6667	Diretor executivo	1
	Carregal do Sal	Carregal do Sal	12193	Pessoal médico	201
	Castro Daire	Castro Daire	16603	Pessoal de enfermagem	213
	Mangualde	Mangualde	22564	Pessoal de informática	2
	Nelas	Nelas	14881	Técnico superior	15
	Oliveira de Frades	Oliveira de Frades	10732	Técnico superior de saúde	8
	Penalva do Castelo	Penalva do Castelo	8624	Técnico diagnóstico e terapêutica	32
	Santa Comba Dão	Santa Comba Dão	12955	Assistente técnico	163
	São Pedro do Sul	São Pedro do Sul	17994	Assistente operacional	
	Sátão	Sátão	13504		
	Tondela	Tondela	31473		
	Vila Nova de Paiva	Vila Nova de Paiva	6190		
	Viseu	Viseu 1	58546		
		Viseu 2	22029		
		Viseu 3	29356		
	Vouzela	Vouzela	12018		
			<i>Subtotal</i>	296329	<i>Subtotal</i>

ANEXO IV – CRONOGRAMA

Anexo A- 2012-2013

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Definição do tema										
Apresentação do tema ao Conselho científico										
Pesquisa Bibliográfica (Internet, Artigos científicos, Teses de Mestrado, Revistas Científicas...)										
Definição de objectivos gerais e específicos (metodologia)										
Construção de instrumentos de recolhas de informação (Inquérito por questionário)										
Aplicação de um pré-teste para verificação de erros de preenchimento										
Previsão dos resultados baseado nos pressupostos teóricos da literatura										

Redação final do Projeto de investigação											
Entrega do Projeto de investigação											
Defesa do Projeto de investigação											

Anexo

B-

2013-2014

Atividades	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Aperfeiçoamento do projeto inicial										
Nova revisão da literatura										
Articulação com uma equipa multidisciplinar, para a entrega dos Inquéritos por questionário										
Aplicação dos Inquéritos por questionário, no ACES Dão Lafões										
Análise dos dados recolhidos no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, for Windows, 13)										
Discussão e conclusões										

Anexo IV – Inquérito por Questionário

Questionário

“Núcleo de Apoio a crianças e Jovens em Risco - Papel dos Profissionais para a prevenção e estratégias de intervenção ”

No âmbito do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, elaborou-se o presente questionário com o objectivo de realizar um estudo sobre Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e o papel dos profissionais de saúde para a prevenção e estratégias de intervenção, sendo que, a sua opinião é fundamental para que possamos melhorar as estratégias de prevenção e intervenção dos NACJR no ACES Dão Lafões III.
Ao responder às questões apresentadas, pretendemos que dê a sua opinião pessoal e sincera, daí o questionário ser confidencial e anónimo.

Grupo I – Caracterização sociodemográfica

Idade: _____ Masculino Feminino

1. Qual a sua área profissional?

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Médico |
| <input type="checkbox"/> | Enfermeiro |
| <input type="checkbox"/> | Técnico Superior de Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> | Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> | Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> | Técnico Diagnóstico Terapêutico |
| <input type="checkbox"/> | Outro. Qual? _____ |

2. Identifique o concelho do ACES Dão Lafões a que pertence:

3. Integra ou já integrou alguma CPCJ (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens)?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Grupo II – Conhecimento dos profissionais e importância que atribuem aos Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

4. Tem conhecimento da existência do NACJR?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4.1. No seu entender, qual o grau de importância que atribui aos Núcleos na prevenção junto das crianças e jovens em risco?

<input type="checkbox"/>	Muito importante
<input type="checkbox"/>	Importante
<input type="checkbox"/>	Pouco importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante

4.2. No seu entender qual o grau de importância que atribui aos Núcleos na intervenção junto das crianças e jovens em risco?

<input type="checkbox"/>	Muito importante
<input type="checkbox"/>	Importante
<input type="checkbox"/>	Pouco importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante

4.3. No seu entender qual o grau de importância que atribui aos Núcleos na articulação com outras entidades da ECMIJ?

<input type="checkbox"/>	Muito importante
<input type="checkbox"/>	Importante
<input type="checkbox"/>	Pouco importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante

5. Qual a importância que atribui a cada profissional de saúde que integram as equipas dos NACJR.

	Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Nada Importante
Médico				
Enfermeiro				
Técnico Superior de Serviço Social				
Psicólogo				

6. Tem conhecimento da legislação atual relativamente à problemática das crianças e jovens em risco?

<input type="checkbox"/>	Nenhum
<input type="checkbox"/>	Pouco
<input type="checkbox"/>	Algum
<input type="checkbox"/>	Bastante

7. Tem Formação a este nível com competências para agir sobre uma situação de mau trato?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

7.1.Qual? _____

8. Na sua opinião, os profissionais deste serviço estão devidamente informados face à temática das crianças e jovens em risco?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

- 8.1. Se “não”, porquê?

<input type="checkbox"/>	Desinteresse dos profissionais
--------------------------	--------------------------------

- Falta de preparação e sensibilização dos profissionais
- Falta de articulação entre instituições
- Outro. Qual? _____

Grupo III – Experiência profissional

9. Quando se depara com situações de maus tratos a crianças/jovens procura fazer o devido encaminhamento para outros técnicos ou serviços? Se não, avance para a questão nº 9.2.

- Sim
- Não

9.1. Se respondeu “sim”, qual o tipo de mau trato identificado na criança/jovem?

- Abuso físico
- Abuso psicológico
- Abuso sexual
- Negligência física
- Negligência psicológica
- Outros tipos de maus tratos

10. Quando se depara com situações de maus tratos a crianças/jovens procura fazer o devido encaminhamento para outros técnicos ou serviços?

- Sim
- Não

10.1. Se respondeu “sim”, a quem dirige esse encaminhamento?

- Técnico Superior de Serviço Social do ACES
- CPCJ
- Hospital Distrital
- Outros Técnicos ou Serviços

10.2. Se respondeu “não”, porquê?

- Sentimento de desconforto
- Desconhecimento das redes de apoio

- Falta de confiança nas instituições
- Falta de informação e preparação técnica
- Proximidade do caso
- Outros. Quais? _____

11. Considerando importante a sua opinião, em que sentido a implementação dos núcleos veio agilizar o processo de articulação e encaminhamento das problemáticas dos maus-tratos em crianças e jovens em risco.

Grupo IV – Avaliação do Questionário

12. Após o preenchimento do presente questionário conseguiu compreender com clareza todas as questões apresentadas?

- Sim
- Não

12.1 Se “não”, qual ou quais as questões que sentiu mais dificuldade na sua compreensão e clareza?

13. Existe algum aspecto/questão que ache pertinente referir e que não foi abordado durante o questionário?

- Sim
- Não

13.1 Se respondeu “sim”, em que aspectos/questões?

Agradecemos a sua participação.

