



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Prevenção dos maus-tratos infantis-

Crescer com Amor, não com Dor”

Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro

Orientação: Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Prevenção dos maus-tratos infantis- Crescer com **Amor, não com **Dor**”**

Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro

Orientação: Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Isaura Da Conceição Cascalho Serra

Orientador: Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Setúbal, 2023

*Trabalhemos juntos para que as crianças nos
olhem sorrindo e mantenham um olhar
limpido, cheio de alegria e esperança*

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

Durante este percurso de desenvolvimento e aprendizagem, contei com o apoio e colaboração de várias pessoas que caminharam ao meu lado. Pelo que, expresso o meu reconhecimento a todas elas que, de uma forma direta ou indireta, coadjuvaram para a concretização deste relatório de estágio.

Em primeiro lugar quero agradecer, ao Professor Orientador Edgar Canais, pela sua orientação, apoio e conselhos valiosos, que me ajudaram a transformar as minhas ideias em realidade. O seu conhecimento e experiência foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço igualmente à minha orientadora de estágio, pelas suas orientações, sugestões e feedback construtivo, que me ajudaram a aperfeiçoar e a concretizar o meu trabalho.

À minha família, pelo incentivo, paciência e pela compreensão de todos os momentos que abdicamos juntos em proveito deste projeto.

Expresso a minha mais profunda gratidão ao meu marido por todo o amor, apoio, compreensão e suporte durante esta jornada. As suas palavras de encorajamento foram fundamentais para que eu pudesse superar os momentos de dificuldade. Dedico-te este trabalho como uma forma de agradecimento pelo que tens feito por nós.

Ao meu filhote, por entender todas as minhas ausências durante este percurso. A sua compreensão e apoio foram essenciais para que eu pudesse concentrar-me no trabalho e continuar.... Espero que este trabalho seja uma inspiração e ajuda para perseguir os seus próprios sonhos e metas. Obrigado, por seres uma fonte constante de amor e felicidade na minha vida.

À minha equipa multidisciplinar, pela disponibilidade e apoio na realização deste trabalho. Sem a vossa ajuda seria muito mais difícil alcançar os objetivos propostos.

Às minhas companheiras de luta, Sofia Senhorinho e Rosa Machado, por tornarem este caminho menos árduo e penoso, pelo apoio incondicional nos momentos de fraqueza e por todo o companheirismo, gargalhadas e amizade demonstrada.

À minha grande amiga Rita Asseiro, pelas palavras certas, nos momentos de grande turbulência. A sua tranquilidade, acalmou muitos momentos de desespero e desânimo. Obrigado pelo incentivo e pelo tempo dedicado.

Às minhas amigas Susana Gaspar, Sandra Couto e Alcina Mendes, por todo o companheirismo e amizade demonstrada, a vocês devo agradecer o início desta jornada de aprendizagem.

RESUMO

Problemática: Os maus-tratos infantis constituem um problema global e persistente que requer ação urgente e consistente. Para isso, é essencial enfatizar a promoção da saúde infantil, especialmente durante a primeira infância, por meio de atividades que promovam estilos de vida saudáveis. Considerando que os pais e a família têm um papel crucial na gestão do comportamento da criança, juntamente com os profissionais dos cuidados de saúde primários, que fornecem apoio à parentalidade, torna-se essencial fornecer uma resposta, neste contexto, com vista à prevenção dos maus-tratos infantis. Esta pode ser reforçada e alcançada através da promoção da parentalidade positiva, capacitando os pais e tornando-os capazes de gerar mudanças significativas no comportamento e desenvolvimento saudável da criança, promovendo a educação para a saúde às próprias crianças e aos profissionais.

Objetivo: Contribuir para a prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos em dois Jardins-de-infância de uma freguesia do concelho de Oeiras. **Metodologia:** Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, partindo da metodologia do planeamento em saúde, no concelho de Oeiras. Este projeto, permitiu contribuir para a capacitação sobre a prevenção dos maus-tratos infantis, através de sessões de educação para a saúde, com aplicação de questionários no início, verificando o conhecimento sobre a temática e no final, para averiguar o acréscimo do conhecimento.

Resultado: A comparação da avaliação efetuada no pré e pós sessão permitiu observar mudanças, traduzido no aumento das respostas corretas. Comprovando-se a necessidade de uma intervenção na área da promoção de saúde sobre maus-tratos infantis, com enfoque numa parentalidade positiva. **Conclusão:** Este estudo destaca a importância de capacitar os pais/encarregados de educação, fornecendo-lhes ferramentas baseadas numa parentalidade positiva para evitar situações de maus-tratos.

Descritores: Parentalidade positiva, Maus-tratos infantis, Pré-escolar, Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Problem: Child maltreatment is a global and persistent problem that requires urgent and consistent action. To this end, it is essential to emphasize the promotion of child health, especially during early childhood, through activities that promote healthy lifestyles. Considering that parents and the family play a crucial role in managing child behaviour, together with primary healthcare professionals, who provide support for parenting, it becomes essential to provide a response, in this context, aimed at preventing child maltreatment. This can be enhanced and achieved by promoting positive parenting, empowering parents and enabling them to generate significant changes in the child's behaviour and healthy development, promoting health education for children themselves and professionals. **Objective:** To contribute to the prevention of early childhood maltreatment in children aged between 3 and 6 years in two Kindergartens in a parish in the municipality of Oeiras. **Methodology:** A community intervention project was developed, based on the health planning methodology, in the municipality of Oeiras. The study contributed to capacity building on the prevention of child maltreatment through health education sessions, with the application of questionnaires at the beginning, to check the knowledge on the subject, and at the end, to check the increase of knowledge. **Results:** The comparison between the pre and post session assessments allowed for the observation of changes, translated into an increase in the number of correct answers. This confirms the need for an intervention in the area of health promotion on child maltreatment, focusing on positive parenting. **Conclusion:** This study highlights the importance of empowering parents/carers by providing them with tools based on positive parenting to prevent situations of child maltreatment.

Descriptors: Positive parenting, Child maltreatment, Pre-school, Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACES LOO – Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras
APA – American Psychological Association
APAV – Associação Portuguesa Apoio à vítima APAV
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI – Bilhete de Identidade
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados
EE – Encarregados de Educação
EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
ESE – Equipa de Saúde Escolar
HPM – Health Promotion Model.
INE – Instituto Nacional de Estatística
JI – Jardim-de-infância
km² – Quilómetro quadrado
LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
NACJR – Núcleo Apoio à Criança e Jovem em Risco
NUT – Nomenclaturas das Unidades Territoriais
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea
PLS – Plano local de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar
PSI – Plano de Saúde Individual
PSP – Polícia Segurança Pública
RASI – Relatório Anual de Segurança Interna
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSI – Rendimento Social de Inserção

TEIP – Territórios Educativos de intervenção Prioritária

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

USCP – Unidade Saúde Cuidados Personalizados

USF – Unidade Saúde Familiar

USP – Unidade Saúde Pública

VS – Versus

WBS – Work Breakdown Structure

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde.....	34
Figura 2 – WBS	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nível de escolaridade.....	37
Gráfico 2- Relação do/a autor/a do crime com a vítima	39

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 : Resultado da priorização dos problemas identificados, através de critérios de priorização adaptados do método CENDES-OPS.....	43
Quadro 2 – Objetivos Específicos, Metas e Indicadores	45
Quadro 3 – Seleção de estratégias e atividades implementadas	50
Quadro 4 – Cronograma de atividades	66
Quadro 5– Previsão orçamental do projeto.....	66
Quadro 6- Avaliação da implementação do projeto.....	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Análise da percentagem de respostas corretas no pré e pós das sessões de educação para a Saúde.....	57
Tabela 2 – Consistência interna.....	60
Tabela 3– Estatísticas descritivas	60
Tabela 4 – Melhoria e género	61
Tabela 5 – Melhoria e estado civil.....	61
Tabela 6 – Melhoria e escolaridade	61
Tabela 7- Parentalidade positiva.....	62
Tabela 8- Parentalidade positiva (Pré-formação)	63
Tabela 9 - Parentalidade positiva (Pós-formação)	63
Tabela 10 - “sabe o que é a parentalidade positiva?” (Pré-formação).....	64
Tabela 11 - “sabe o que é a parentalidade positiva?” (Pós-formação)	64

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL	16
1. VIOLÊNCIA	16
1.1. DEFINIÇÃO DE CRIANÇA EM PERIGO	19
1.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA	20
1.3. TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS	23
2. PARENTALIDADE POSITIVA	25
3. ESCOLA E FAMÍLIA - IMPORTÂNCIA DO EEECSP EM ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	27
4. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	29
5. TEORIA COGNITIVA SOCIAL DE ALBERT BANDURA	30
II ENQUADRAMENTO PRÁTICO	33
1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	33
1.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	34
1.1.1. Caracterização do contexto de estágio	35
1.1.2. Comunidade	36
1.2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	39
2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	42
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	44
3.1. METAS	44
4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	46
4.1. ESTRUTURA DO PROJETO	47
5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	49
5.1. METODOLOGIA UTILIZADA NA INTERVENÇÃO	52
5.2. POPULAÇÃO.....	53
5.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
5.4. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	55
5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
5.6. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	56

5.7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
5.8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	65
5.9. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	66
5.10. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	67
6. AVALIAÇÃO	68
7. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DOS ESTÁGIOS.....	70
III ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	73
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	73
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	78
3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	80
CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	94
APÊNDICE I - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE A CRIANÇAS DOS 3-6 DE DOIS JI DO CONCELHO DE OEIRAS	95
APÊNDICE II - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AOS PAIS/EE DE DOIS JI DO CONCELHO DE OEIRAS.....	105
APÊNDICE III - SESSÃO DE FORMAÇÃO A USF LOCAL	121
APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS NA 1ª INFÂNCIA, EM CRIANÇAS COM IDADES COMPREENDIDAS ENTRE OS 3-6 ANOS	136
APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS/ENCARREGADOS EDUCAÇÃO	143
APÊNDICE VI - DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES.....	146
APÊNDICE VII - CARTA CONVITE AOS PAIS/EE DE DOIS JI DO CONCELHO DE OEIRAS.....	148
APÊNDICE VIII - CARTAZES DE DIVULGAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PARA OS JI E NA PÁGINA DE FACEBOOK DO AGRUPAMENTO	150
APÊNDICE IX - RESUMO DE UM ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL “CRESCER COM AMOR, NÃO COM DOR – CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NA PARENTALIDADE POSITIVA.....	153
ANEXOS	155

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS.....	156
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO JI.....	158
ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT.....	161
ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO “ALERGIA ALIMENTAR NA ESCOLA”	163
ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO “SAÚDE MENTAL PARA ENFERMEIROS”	165

INTRODUÇÃO

No relatório aqui apresentado pretende-se explicar todo o caminho decorrido na frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Neste percurso foi realizado um projeto de intervenção comunitária para prevenção, proteção e promoção da saúde, adequadas às necessidades encontradas no local de estágio, numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], de um Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT].

O projeto foi desenvolvido no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, constituiu uma oportunidade crucial para adquirirmos competências teóricas e habilidades práticas na promoção da saúde e prevenção de doenças em contextos comunitários. Durante o estágio, tivemos oportunidade de desenvolver uma vasta gama de atividades abrangendo diversas áreas de atuação comportamentais para a promoção da saúde e cuidado da população, visando o bem-estar, e a melhoria qualidade de vida das comunidades consideradas. Serão destacadas as principais atividades realizadas, os desafios enfrentados, as estratégias utilizadas para enfrentar esses desafios e os resultados alcançados na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à população.

Deste modo, tendo como eixo norteador a promoção da saúde e prevenção da doença, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [EEECSP], emprega competências específicas da sua área, como enunciado no regulamento n.º 428/2018, das quais destacamos as seguintes : a) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”; b) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; c) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”; d) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos enfermeiros [OE], 2018).

Neste relatório, será apresentada uma visão geral do contexto da comunidade, atendendo ao facto de existirem populações com vulnerabilidades, que carecem de uma melhor atenção por parte do EEECS. Antecipando uma população em risco, pretende-se com o objetivo deste projeto de intervenção, contribuir para uma cultura de prevenção de maus-tratos na primeira infância numa comunidade urbana do concelho de Oeiras, com o lema “Crescer com

Amor, não com Dor”. Como objetivos específicos definimos os seguintes: (1) Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos a 40% dos pais do Jardim-de-infância [JI] de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro de 2023; (2) Avaliar o conhecimento a 90% dos pais sobre Maus-tratos na primeira infância; (3) Envolver a equipa da Unidade de Saúde Familiar [USF] da área de intervenção sobre a prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância; (4) Sensibilizar as crianças sobre maus-tratos na primeira infância.

Partindo dos dados obtidos no diagnóstico de situação de saúde, o projeto foi desenvolvido no âmbito da saúde escolar, em dois JI (integrados no agrupamento de escolas) de Oeiras, dirigido a crianças dos 3-6 anos de idade e respetivos Pais/Encarregados de educação [EE] e por último aos profissionais de saúde de uma USF. Este projeto foi desenvolvido com base nas diretrizes do atual Plano Nacional de Saúde [PNS] e teve como foco principal o Plano Nacional de Saúde Escolar [PNSE].

Os maus-tratos infantis constituem um grave problema de saúde pública que afeta crianças em todo o mundo. Sendo que, a violência contra crianças pode ter consequências destruidoras para o seu desenvolvimento emocional, físico, e social, além de revelar um desafio significativo para a sociedade como um todo. Os EEECSF constituem e desempenham um papel fundamental na prevenção, identificação e intervenção em casos de maus-tratos infantis, trabalhando em parceria com a comunidade, as famílias e outros profissionais de saúde.

Neste entendimento, torna-se pertinente, abordar a promoção da saúde infantil, que visa a adoção de estilos de vida e atitudes saudáveis, como sendo umas das intervenções com maior custo-efetividade, dado o potencial impacto na vida do indivíduo a longo prazo (Ruiz et al., 2018).

A primeira infância é o momento exato para a promoção de estilos de vida saudáveis, e os pais são fundamentais para garantir que os seus filhos cresçam num ambiente saudável e positivo (Herbell & Bloom, 2020).

Neste contexto, diversos fatores afetam a parentalidade, como os recursos pessoais dos pais, as características das crianças e as fontes sociais de stress e apoio (Belsky, 1984; Ruiz et al., 2018). A literatura tem destacado a importância de ajudar os pais na promoção de estilos de vida saudáveis nos seus filhos por meio de uma educação parental positiva.

Na parentalidade positiva, os pais são incentivados a estarem atentos às sensíveis necessidades das crianças, a estabelecerem limites claros, a fornecerem apoio emocional, a incentivarem a autonomia e a promoverem oportunidades para a criança explorar o mundo à sua volta de forma segura (Sanders, 2012).

Estruturalmente, este relatório de estágio encontra-se dividido em três partes fundamentais, enquadramento teórico conceptual, enquadramento prático e análise das competências desenvolvidas.

A primeira parte deste relatório tem como objetivo apresentar o enquadramento teórico fundamental para a compreensão e contextualização da temática abordada. De seguida, aborda a contextualização epidemiológica, definição de criança em perigo, tipologia de maus-tratos e parentalidade positiva. Segue-se a importância da promoção da saúde, alicerçados no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e na Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura, assumindo a Escola e a Família como ambientes promotores de saúde.

A segunda parte do relatório, o enquadramento prático, tem como objetivo descrever a unidade de saúde e o contexto onde os estágios decorreram, seguindo-se a apresentação das várias fases de implementação do projeto, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1982). O diagnóstico de situação de saúde culmina com a lista de problemas encontrados, que permitirá proceder à determinação de necessidades e posteriormente a priorização. Consequentemente, abordamos os objetivos delineados e a seleção de estratégias mais adequadas, facilitando a transição para a fase de preparação operacional, bem como a sua monitorização e avaliação. Nesta parte procedeu-se ainda a uma descrição de outras atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios.

Finalmente, na terceira parte do relatório, é efetuada uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição e capacitação de competências associadas ao de EEECS e ao Grau de Mestre, enfatizando a análise dos objetivos inicialmente propostos, não esquecendo os aspetos facilitadores e os constrangimentos verificados durante a implementação do projeto.

O presente documento está redigido segundo as normas adequáveis de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al., 2018), bem como o estilo bibliográfico de citações em texto e referências bibliográficas da American Psychological Association (APA) – 7ª Edição.

I ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL

Para melhor compreender a problemática em estudo optamos por descrever e analisar um conjunto de saberes, que consideramos relevantes para a realização deste trabalho. O enquadramento teórico é crucial na medida em que clarifica os conceitos, permitindo-nos adquirir/aprimorar conhecimentos sobre o tema em estudo.

Os conceitos que passamos a explicar dentro do enquadramento teórico remetem para a Violência, contextualização epidemiológica, definição de criança em perigo, evolução histórica do conceito de maus-tratos, tipologia dos maus-tratos e parentalidade positiva, Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender, Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura.

1. VIOLÊNCIA

A palavra violência, tem origem do latim “violare que significa ultrajar, agredir ou violar.” (Stanhope & Lancaster, 1999, p. 802). Segundo os mesmos autores, violência é “definida como o conjunto de actos não acidentais, interpessoais ou intrapessoais, que resultam em danos físicos ou psicológicos, para uma ou mais pessoas” (p. 802).

Concomitantemente, a World Health Organization [WHO] define violência como o uso de força física ou poder, de forma intencional contra si próprio, ou outra pessoa, ou até mesmo contra um grupo ou comunidade, sob a forma real ou de ameaça e, com a probabilidade de resultar ou resultando de forma efetiva, em lesão, dano psicológico, incapacidade, défice de desenvolvimento ou morte (WHO, 2019).

Define ainda que, a violência interpessoal é aquela que ocorre entre familiares, amigos, parceiros íntimos e que inclui os maus-tratos infantis, a violência juvenil, violência contra o parceiro, a violência sexual, a violência contra sexo feminino (mulheres e meninas) e o abuso de idosos (WHO, 2019).

São vários os fatores sociais/comunitários que influenciam a violência, nomeadamente: o trabalho; a educação; os meios de comunicação social e média; a religião; a população/densidade populacional e as estruturas/recursos comunitários e todos podem potenciar, ou não, o nível de violência e maus-tratos humanos (Stanhope & Lancaster, 1999). Neste âmbito é de extrema importância investir no empoderamento das pessoas e comunidades, para prevenir a violência e maus-tratos, bem como, informar as vítimas dos

recursos e apoios disponíveis, reforçar e transmitir segurança, empatia e apoio, de forma a investir numa tomada de decisão mais adequada e efetiva.

Neste entendimento, com o objetivo de sensibilizar mais amplamente para problemática, para a necessidade do reforço de medidas preventivas, assim como, enfatizar a importância da saúde pública para a deteção precoce de causas e consequências da violência, surge, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, emitido pela WHO. Posteriormente, na 67ª Assembleia Mundial da Saúde emerge a necessidade de criação de um plano de ação global sobre prevenção da violência, na tentativa de avaliar as medidas implementadas para prevenir a violência nos vários países, resultando assim, o Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência (WHO, 2014).

O número de habitantes no mundo é 7 mil milhões de habitantes, dos quais 2.2 mil milhões são crianças entre 0 e 18 anos. Cento e cinquenta milhões são órfãos que perderam os pais por falta de cuidados de saúde ou violência; 560 milhões vivem abaixo do nível de pobreza absoluta; 220 milhões ou 10% da população infantil em geral precisa de apoio externo (Organizações sem fins lucrativos, governos ou indivíduos que prestam assistência, ajuda humanitária ou programas de desenvolvimento para as crianças). Sendo que, crianças em risco enfrentam múltiplos problemas, como a falta de saúde, pobreza, discriminação ligada à emigração, divórcio dos pais, gravidez adolescente, género, etnicidade, deficiência física ou mental; violência incluindo abuso físico, psicológico, sexual e após abandono e conflitos armados que levam à separação da família e os convertem em crianças-soldados (United Nations International Children’s Emergency Fund [UNICEF], 2016).

Segundo a ficha informativa das metas de desenvolvimento sustentável - metas de saúde emitida pela WHO em 2020 - estima-se que, aproximadamente 30 milhões de idosos, ou seja, 1 em cada 6 sofre algum tipo de abuso. Relativamente às mulheres, 25,4% das que tiveram um relacionamento, sofreram de violência por parte do parceiro durante a vida. Em relação às crianças, 18 milhões sofrem abuso sexual, 44 milhões sofrem de abuso físico e 55 milhões sofrem de abuso emocional (WHO, 2020).

Em Portugal, também se tem trabalhado neste sentido e, na tentativa de o explicar, surgiu em 2020 o Relatório Anual de Segurança Interna [RASI], que avalia e acompanha o estado da segurança em Portugal, através da recolha de dados da criminalidade participada (RASI, 2020).

Segundo este relatório, em 2020 registou-se uma diminuição tanto a nível da criminalidade geral, como da criminalidade violenta e grave. Este facto relaciona-se com as restrições impostas durante o período pandémico da covid-19. Mesmo assim os números também são elevados, durante o ano civil de 2021 foram identificados 15617 processos de

violência, resultando de uma média de 37 notificações diárias, sendo as mulheres o grupo mais representativo e de seguida crianças, homens e pessoas idosas (RASI,2020).

Também a Associação Portuguesa Apoio à Vítima [APAV] desenvolve anualmente o relatório de estatísticas, onde é evidenciado todo o trabalho desenvolvido de apoio à vítima, incluindo medidas de prevenção primária, secundária e terciária nesta área. O atendimento pela APAV tem vindo a aumentar gradualmente desde 2016, sendo que, 2021 foi o ano com maior número de atendimentos, mais precisamente 75 445 (APAV, 2021).

Neste mesmo relatório, podemos constatar qual o top 10 de crimes em Portugal: 1º violência doméstica; 2º crimes sexuais contra crianças; 3º ofensas à integridade física; 4º ameaças/ coação; 5º difamação/injúria; 6º discriminação e incitamento ao ódio e à violência; 7º crimes sexuais contra adultos; 8º perseguição/ stalking; 9º burla e 10º sextortion (APAV, 2021). Evidenciam-se outros dados do relatório nomeadamente, a média de vítimas ao dia: mulheres – 25/dia; crianças – 5/dia; homens - 5/dia e idosos – 4/dia. Os contactos são maioritariamente telefónicos (61,8%), a referência é realizada na maioria das vezes pelo Órgão Polícia Criminal (7,8%), familiar (5,6%) e tribunais (5,4%).

O maior número de vítimas continua a incidir no sexo feminino (77,9%), à semelhança dos anos anteriores. Contudo, no sexo masculino constata-se um aumento do número de vítimas de 18,7% em 2019, para 19,6% em 2021. Similarmente, registou-se um aumento de vítimas a nível das crianças/ adolescentes, verificando-se um aumento de 13,8% para 14,8%, relativamente aos anos de 2020 para 2021. Nos idosos, o número de vítimas registado é de 12% (APAV, 2021).

Em relação à faixa etária que mais recorre à APAV durante o ano de 2021, situa-se entre os 25 e os 54 anos de idade (40,4%) (APAV, 2021). Constatando-se igualmente, que o local do crime maioritariamente ocorre na residência comum, na residência da vítima e em lugar/ via pública (APAV, 2021).

Qualquer forma de violência é complexa, perversa e constitui um ato de violação dos direitos humanos e deve ser denunciada. É importante apoiar a vítima, para que esta, não fique silenciada, muitas vezes por um misto de sentimentos como a vergonha, medo e constrangimento. Consequentemente podemos dizer que ninguém dúvida que a violência é um drama que nos envergonha, e que a sociedade não pode tolerar o sofrimento infligido. A interação é, por isso, essencial, sem violar e compreender os direitos fundamentais (Magalhães, 2020).

1.1. DEFINIÇÃO DE CRIANÇA EM PERIGO

As denúncias de maus-tratos infantis estão a aumentar nos últimos anos e a um ritmo assustador. Uma das principais razões sobre a qual a violência é exercida em crianças ou jovens está relacionada com as suas próprias características, uma vez que estas são por natureza seres frágeis, dependentes e indefesos, tornando-se particularmente vulneráveis a todo o tipo de violência, abuso ou exploração (Reis, 2009).

Segundo Penha (1996, p. 11), pode considerar-se criança em risco: “A criança que pelas suas características biológicas e ou pelas características da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de vir a sofrer omissões e privações que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas de natureza material ou afetiva”

O desenvolvimento da criança não é estático, mas sim dinâmico. Sendo que, os fatores genéticos ambientais interagem de uma forma dinâmica e interdependente, modificando-se em função da influência mútua existente entre eles. Isto é, a criança altera o seu ambiente e por sua vez esta é alterada pelas mudanças que provoca. Isto implica que na análise das situações de risco ou perigo, seja levada em linha de conta, esta dinâmica inter-relacional e que cada caso não seja analisado apenas numa vertente individual e circunstancial, devendo ponderar-se todo um percurso de vida, contextualizada num percurso de desenvolvimento marcado pelas interações genético-ambientais (Penha, 1996).

Neste caso, partimos do pressuposto que uma “criança em risco” é aquela que pelas suas características biológicas ou pelas da sua família, está sujeita a elevadas probabilidades de sofrer omissões e privações que comprometam a satisfação das suas necessidades humanas básicas e de natureza material e efetiva (Calheiros et al., 2019).

De acordo com as autoras referidas anteriormente, existe uma fronteira muito ténue entre “criança em risco” ou “criança maltratada” na medida em que o risco se situa exatamente na fronteira entre a forte probabilidade de vir a acontecer e o acontecer. Ora como os maus-tratos resultam de processos dinâmicos e contínuos nem sempre é possível determinar com exatidão onde acaba um e começa o outro (Calheiros et al., 2019).

Pode definir-se assim, maus-tratos infantis, como qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e(ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e(ou) poder (Magalhães, 2020).

Um longo caminho já foi percorrido no sentido de sensibilizar a comunidade para maus-tratos infantis, criminalizando-os e, concomitantemente, aliviando os efeitos nefastos no desenvolvimento integral da criança (Magalhães, 2020).

Em matéria de proteção das crianças, Portugal foi um país pioneiro, através da Lei de Proteção à Infância de 1911. Esta preocupação, materializa-se hoje no ordenamento jurídico através de diversos diplomas legais cujo corolário é a Lei 147/99 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo [LPCJP], que apresenta como pedra angular da sua ação as Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em risco [CPCJ], entendidas como “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança/jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral” (art.º 12.º, n.º 1, da Lei 147/99, de 1/9).

Podemos considerar que a criança ou o jovem se encontra em risco, quando se encontra numa das seguintes situações tipificadas no nº 2 do artigo 3.º da LPCJP:

- vive entregue a si própria ou encontra-se abandonada;
- sofre de maus-tratos psíquicos ou físicos ou é vítima de abusos sexuais;
- não recebe a afeição ou cuidados adequados à sua idade e situação pessoal;
- é obrigada a trabalhos ou atividades consideradas demasiados ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- está sujeita, de forma indireta ou direta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, ou representante legal, lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

1.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A descoberta e a proteção especial da infância demoraram séculos a construir nas sociedades europeias, tendo este procedimento acontecido de forma heterogénea no espaço, no tempo e nos grupos sociais (Anica & Raposo, 2017).

Quanto mais recuarmos na História Universal, maior é a percentagem de crianças espancadas, violadas, abandonadas e assassinadas. Segundo DeMause (1974), citado por Reis (2009) considera que a história da criança está dividida em seis fases:

- Fase do infanticídio (desde a antiguidade até ao século III);
- Fase do abandono (do século IV ao século XIII);
- Fase da ambivalência (do século XIV ao século XVII);
- Fase da intrusão (século XVIII);

- Fase da socialização (século XIX e primeira metade do século XX);
- Fase da ajuda (desde a segunda metade do século XX).

Os maus-tratos a crianças e jovens está longe de ser um problema recente, na era antes de Cristo as sociedades maltratavam as crianças mesmo antes de nascer, quando era dado ao progenitor o direito da vida da criança, que muitas vezes eram submetidas a rituais que determinavam a sua aptidão para viver. Posteriormente, na era do Cristianismo ainda houve uma continuidade destes rituais de “entrada para a vida” através do batismo, altura até então, em que a criança era uma “não pessoa”, não tendo funeral religioso (Radbill,1987).

O infanticídio era uma prática comum na antiguidade, como ritual sacrificial, chegando mesmo a haver altares próprios para estes sacrifícios de crianças no Império Romano e na Grécia Antiga. Na Península Arábica também ocorria o infanticídio até ao aparecimento do Islamismo, sendo que nessa altura diminuiu, sendo claramente proibido pelo Alcorão (Radbill,1987).

Apesar das proibições religiosas e legais, o assassinato de recém-nascidos continuou a ser praticado na Europa mais tradicional até ao século XIX. No século XIII no sul de França o pai ainda podia matar os seus filhos sem qualquer consequência legal, sendo os bebés do género feminino os principais alvos, tendo esta prática sido usado até a bem pouco tempo na China e em vários locais da Ásia, sendo este nascimento do sexo feminino acompanhado de negatividade ou mesmo de fatalidade para as suas famílias (Radbill,1987).

Quanto ao abuso sexual e incesto, este também era praticado contra crianças no Imperio Romano e na Grécia, onde se viam crianças em casas de prostituição. Surgiam também com muita frequência as castrações e vendas de rapazes escravos nesta época. Na China era frequente a venda de filhos para casa de prostituição (Radbill,1987).

De acordo com o autor anterior o abuso de crianças foi o mau-trato mais comum ao longo da história, já o incesto era também comum, mas não se sabe tanto da frequência devido ao secretismo e tabu que representava.

O abandono de crianças na Idade Média era muito frequente, pois os pais de classes sociais mais baixas, viam-nos como uma despesa. Em classes sociais mais elevadas estas também eram vistas como um fardo ou peso, pela falta de desejo e disponibilidade por parte das esposas com o seu marido, recorrendo mesmo estas a Amas para tomarem conta das crianças, fazendo mesmo a chamada “amamentação mercenária”, amas com filhos pequenos que deixavam de os amamentar para amamentarem os filhos de outrem, ou amamentavam ambos concomitantemente (Badinter, 1986).

Ainda nesta época as causas de morte mais frequentes eram o Overlaying, acabando muitas vezes estes por morrer esmagados ou sufocados com o peso dos progenitores. Esta prática só foi considerada crime em Inglaterra, em 1909. Outras causas de morte frequentes

eram queimaduras profundas, afogamento (em poços, lagos, cisternas, panelas, etc.), e a prática fatídica de esquentar ou cozinhar crianças vivas. O objetivo, em grande parte dos casos, era o infanticídio, não sendo, no entanto, um ato punido por lei (Radbill, 1987).

O trabalho infantil também foi muito usual nestas épocas, pois era comum encontrar crianças, desde os 4 anos, empregadas em indústrias, onde eram exploradas e obrigadas a trabalhar tantas horas quanto a um adulto. Estas passavam grande parte da sua infância a serem exploradas, maltratadas e integradas precocemente no “mundo do trabalho” (Radbill, 1987).

A “Era da Criança” no iniciou-se no século XX, onde se começou a desenvolver um maior número de estudos a cerca de maus-tratos a crianças. Foi a partir da década de 60 que se criaram leis de proteção infantil, os direitos da criança, tribunais de menores e um maior envolvimento médico, tendo sido alguns destes acontecimentos motivados pelo trabalho de Kempe (1985), um dos maiores e importantes nesta área para a altura. Neste artigo, o autor descreve o “Síndrome da Criança Batida”, como um quadro clínico observado em crianças, caracterizado por lesões ósseas, hematomas, que eram contraditórias com as explicações dadas pelos pais para as justificaram, descrevendo ainda os pais como portadores de doença mental (Kempe et al., 1985).

Em Portugal, os maus-tratos começaram a assumir importância na década de oitenta. No dia 20 de novembro de 1990, foi validada a “Convenção dos Direitos das Crianças” das Nações Unidas, tendo sido considerada um marco histórico, a fim de garantir o cumprimento de todos os direitos e da primazia ao superior interesse da criança (Magalhães, 2020).

Em 1991, surgem as Comissões de Proteção de Menores com sede em autarquias e entidades autónomas. Em 1999, foi redigida a LPCJP, que entrou em vigor a 1 de janeiro de 2001, aprovando uma nova abordagem à problemática dos maus-tratos, tanto em termos interventivos como preventivos. Após a aprovação desta lei, foi alterada a designação de CPCJ (Magalhães, 2005).

Em relação ao conceito de maus-tratos, pela sua complexidade não existe um conceito universal definitivo e acabado, existe sim, várias perspetivas de diversos autores.

A WHO (2006), esclarece que o conceito de maus-tratos engloba qualquer tipo de abuso e negligência que ocorra numa criança menor de 18 anos, abrangendo todos os tipos de violência física, violência emocional, abuso sexual, negligência e exploração comercial, que resulte num atual ou potencial dano para a saúde.

A Direção Geral da Saúde [DGS] (2011, p. 7) clarifica esta problemática como “Os maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima”.

Para a autora Teresa Magalhães (2005), os maus-tratos são:

Qualquer forma de tratamento físico e(ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e(ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e(ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e(ou) afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e(ou) dignidade (p. 33).

1.3. TIPOLOGIA DE MAUS-TRATOS

A violência exercida sobre as crianças e os jovens é manifestada através de formas muito distintas. Os maus-tratos podem ser categorizados como ativos ou passivos. Normalmente os maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, os maus-tratos psicológicos e emocionais, o abuso sexual e o Síndrome de Mauchausen por procuração) envolvem o uso da força física, sexual ou psicológica que, pela sua proporção causam danos às crianças e aos jovens. A nível de maus-tratos passivos (negligência) entende-se toda e qualquer omissão ou falta de cuidados que comprometem o bem-estar da criança e do jovem (Gomes, 2018).

Os maus-tratos mais fáceis de identificar são os maus-tratos físicos, pois deixam marcas visíveis no corpo da criança. Contrariamente os maus-tratos psicológicos e emocionais são mais difíceis de identificar, apesar de ocorrerem de forma frequente.

Os maus-tratos físicos entendem-se como todas as agressões físicas provocadas à criança ou ao jovem nomeadamente, castigos corporais, queimaduras, asfixias, afogamentos, esbofetear, pontapear, morder e trabalhos forçados inadequados à idade, por parte de um ou ambos os pais biológicos ou adotivos, ou outra pessoa que more com o progenitor responsável pela custódia, ou por qualquer indivíduo a quem os pais conceda a sua responsabilidade que, possam colocar em perigo o seu desenvolvimento da criança (Azevedo & Maia, 2006).

Segundo a DGS (2011) o mau-trato físico resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque ou possa vir a provocar dano físico. Este tipo de mau-trato engloba um conjunto de situações traumáticas, tais como equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns, traumatismos de tipo acidental e Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada). O mau-trato físico é o mais fácil de identificar, pois deixa marcas visíveis no corpo da criança.

Para a maioria dos autores, este é o tipo de mau-trato mais comum, mas por sua vez, mais difícil de identificar. O abuso emocional é compreendido pela ausência de afeto e de

reconhecimento das necessidades emocionais da criança ou jovem, que origina consequências para o seu desenvolvimento físico, mental, emocional, moral ou social. Pode ser mostrado através de ameaças ou palavras humilhantes que discriminem a criança (Magalhães, 2020).

Segundo a DGS (2011, p.8) "O mau-trato psicológico/emocional resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem”.

Os sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico, podem traduzir-se em idas repetidas à urgência por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente, comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou auto-mutilação, excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais, perturbações do comportamento alimentar, alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese), choro incontrolável no primeiro ano de vida e comportamento ou ideação suicida (DGS, 2011). Este género de mau-trato é muito diferente do mau-trato anterior, pois não deixa marcas visíveis no corpo da criança, contudo, sabemos que causa sequelas graves a nível emocional e psicológico.

O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde [OMS], como um dos maiores problemas de saúde pública. Em termos globais, aproximadamente uma em cada três meninas adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (84 milhões) foi vítima de violência psicológica, física e/ou sexual perpetrada por marido ou parceiro (WHO, 2016).

Segundo Kempe et al (1998, p.386), o abuso sexual “Reveste-se de atos violentos que têm o envolvimento de pessoas mais velhas em atividades sexuais com crianças e adolescentes dependentes e imaturos que não compreendem essas práticas na sua totalidade, sendo incapazes de dar o consentimento informado e que violam as regras sociais aceites e os papéis familiares”.

A WHO (2016) define violência sexual quando inclui contato sexual não consensual, atos de tráfico sexual cometidos contra alguém incapaz de recusar ou consentir, efetivado ou tentado, atos não consensuais de natureza sexual que não envolvem contato (tais como voyeurismo ou assédio sexual) e exploração on-line.

De acordo com Magalhães (2020), o abuso sexual nas crianças consta no seu envolvimento em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do jovem mais velho ou adulto, numa posição de autoridade ou poder sobre a criança. Trata-se de práticas que a vítima não consegue compreender, para as quais não esta preparada pelo seu desenvolvimento e às quais é inapta para dar o seu consentimento informado.

O Síndrome de Münchausen por Procuração, segundo a DGS diz respeito à:

“atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. Trata-se de uma forma rara de maus-tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente” (p.10).

Trata-se de uma forma incomum de maus-tratos difícil de diagnosticar, porque os sinais, sintomas e forma de abuso são subtis ou deliberadamente ocultos. Existem situações que podem indicar esta síndrome, na qual o cuidador causa deliberadamente sintomas ou doenças na criança, tais como administrar por intenção própria medicamentos para provocar uma determinada sintomatologia, adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança, e provocar semi- sufocamento de forma repetida antes de recorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia (DGS, 2011).

Por negligência, entende-se a impossibilidade da satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, educação e afetos que são necessárias ao desenvolvimento e crescimento normativo da/do criança ou jovem (DGS, 2011).

De acordo com Reis (2008 cit. in Afonso 2014) podemos distinguir a negligência em negligência voluntária e a negligência passiva. A negligência de forma voluntária implica uma intenção de causar prejuízo a vítima. Por outro lado, a negligência passiva resulta da incapacidade ou incompetência dos pais ou representantes legais para garantir os cuidados básicos ao bem-estar da criança.

Estes géneros de negligência têm grandes consequências ao nível do desenvolvimento educacional, físico e emocional da criança. No que respeita o desenvolvimento físico ocorrem infeções respiratórias, problemas auditivos, visuais e gastrointestinais, má nutrição e automutilação. Em correspondência ao desenvolvimento emocional, poderá levar ao abandono e absentismo escolar e, por último, em relação ao desenvolvimento emocional, haverá problemas nas relações sociais levando ao isolamento, à falta de maturidade e sentir que não é autossuficiente (Camilo & Garrido, 2013).

2. PARENTALIDADE POSITIVA

O termo parentalidade é recente na comunidade científica, podendo ser definido como um conjunto de atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento infantil, num ambiente seguro de modo a promover a autonomia e boas competências físicas, económicas e psicossociais que surjam ao longo do ciclo de desenvolvimento (Barroso & Machado, 2015, p 18).

No Regulamento dos Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a Ordem dos Enfermeiros (OE,2011), compreende a parentalidade como o assumir a responsabilidade de ser pai ou mãe, adotando comportamentos de forma a otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças.

O primeiro contato social da criança é o ambiente familiar, sendo este, o responsável pelos cuidados e afetos necessários ao seu desenvolvimento, especialmente na primeira infância. Este período pode ser também designado por “fase sensível”, que vai desde o nascimento até aos seis anos de idade. Sendo as experiências vividas no contexto familiar cruciais para o desenvolvimento adequado das crianças (Macana & Comin, 2015, p.35).

A primeira infância é o momento exato para realizar atividades promotoras de estilos de vida saudáveis. Sendo os pais a peça chave para promover a saúde das crianças, já que exercem a função vital de proporcionar aos seus filhos uma atmosfera e ambiente positivos para oferecer um desenvolvimento e estilo de vida saudável (Ruiz et al., 2018).

São múltiplos os determinantes, incluindo os recursos pessoais das figuras parentais, assim como as características das crianças e fontes sociais de stresse e apoio que vão influenciar a parentalidade (Belsky, 1984; Ruiz et al., 2018). E neste contexto, existem estudos científicos que sugerem e reforçam a necessidade de ajudar os pais na promoção de estilos de vida saudáveis entre os seus filhos recorrendo a uma educação parental positiva (Ruiz et al., 2018).

O conceito "parentalidade positiva" é frequentemente utilizado na literatura para abranger uma série de comportamentos que apoiam emocionalmente e cognitivamente as crianças com competências comportamentais, de autorregulação e cognitivas (Landry et al., 2017).

Na parentalidade positiva os pais estimulam o desenvolvimento das crianças para o seu empoderamento no mundo por meio de afeto, ensino e demonstração de modelos, oferecendo oportunidades às crianças dentro do seu contexto familiar. Em contraste a parentalidade negativa é identificada por práticas disciplinares punitivas e violentas (Cuartas et al., 2021). As práticas parentais que envolvem maus-tratos e negligência têm impacto imediato, a médio e longo prazo na saúde mental das crianças e também nas práticas parentais futuras, caracterizando um perpetuar de violência intergeracional (Lotto et al., 2021, Plant et al., 2018).

Para Sanders e Mazzucheli (2018) os pais são exemplo de modelos para os seus filhos, proporcionando-lhes oportunidades de aprendizagem de competências sociais, emocionais e cognitivas no ambiente familiar. A estes compete ainda, disciplinar as crianças, com sanções e consequências adequadas à idade e ao seu nível de desenvolvimento, ensinando-as a tolerar regras e limites, aprendendo a controlar os seus impulsos ou autorregularem-se de forma a manifestarem comportamentos adequados e organizados perante o meio ou a comunidade onde estão inseridos.

A parentalidade positiva, tem por base a psicologia positiva, tendo servido de suporte ao desenvolvimento de programas de educação parental. Que, além de proporcionarem educação (conhecimentos) para a parentalidade, ajudam os pais a compreender as necessidades da criança, permitindo aumentar o envolvimento e participação dos mesmos no processo de educação dos filhos (Jacobson (sd) citado por Ponzetti, 2016).

Em Portugal, estes programas baseados em evidência são escassos, sentindo-se uma enorme carência a este nível por técnicos e profissionais que trabalham na comunidade, escolas ou centros de saúde que lidam com os pais (Abreu, 2018). A WHO (2019) reforça e recomenda a utilização destes programas parentais como uma estratégia de prevenção universal de violência e maus-tratos contra as crianças.

Existem diversos estudos (Lavigne et al., 2008; Reid et al., 2013; Perrin et al., 2014) que nos provam ou reforçam a eficácia destes programas parentais na gestão do comportamento da criança, quando realizados por profissionais de saúde em contexto de Cuidados de Saúde Primário [CSP].

É pertinente, desta forma, abordarmos a promoção da saúde infantil, que visa adoção de estilos de vida e atitudes saudáveis, como sendo umas das intervenções mais custo-efetiva, dado o potencial impacto na vida do individuo a longo prazo (Ruiz et al., 2018).

3. ESCOLA E FAMÍLIA - IMPORTÂNCIA DO EEECSPP EM ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A escola serve como um veículo de transmissão de valores da sociedade em cada geração de crianças e adolescentes, traduzindo o contexto ideal para as relações com os pares (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, a aposta na prevenção nas escolas, altamente refletida nos planos e programas estatais como o PNSE, pressupõe a prevenção de maus-tratos, passando por capacitar os alunos e os pais, no sentido de obterem informação de saúde e compreendê-la, ficando habilitados a usá-la e sentir-se competente nas tomadas de decisões (DGS, 2015).

A capacitação da comunidade escolar caracteriza-se pelo aumento das competências do grupo em adotar um estilo de vida mais seguro. Assim, o processo de capacitação na saúde escolar para a prevenção de maus-tratos contribui para os tornar mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais, elevando o nível de literacia em saúde sobre os maus-tratos (DGS, 2015).

Para Melo (2020) a capacitação, integra uma fase do empoderamento comunitário, entendido como um processo que possibilita aos indivíduos e à comunidade o controlo e a tomada de decisão para resolver os seus próprios problemas, permitindo a redução das desigualdades, o que contribui para alcançar o seu potencial máximo de saúde.

A família, a escola e os pares desempenham um relevante papel no processo de socialização, sendo crucial que contribuam como agentes promotores da promoção e prevenção (Gomes, 2009). Sendo que, a prevenção de maus-tratos deve ser feita de forma global e abrangente, dirigida a todos os elementos intervenientes na comunidade.

A parceria da educação com a saúde em articulação com a família, dividem as responsabilidades de auxiliar a criança e adolescentes a atingir o potencial máximo de saúde, contribuindo de forma adicional para o programa saúde escolar sob variadas formas. Portanto o modo como é efetuado a parentalidade vai influenciar o desenvolvimento da criança, logo o empoderamento dos pais é objetivo primordial da assistência familiar, essencialmente para um melhor desempenho das suas funções (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados de saúde, e especificamente os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma grande importância e exigência técnica e científica. A enfermagem comunitária baseia a sua prática na comunidade, partindo da promoção de estilos de vida saudáveis, e consequentemente para a prevenção de doenças. Esta atribui relevância ao contexto social, económico e político das comunidades, assim como aos novos saberes de determinantes de saúde na comunidade (OE, 2018).

O papel fundamental do EEECSF neste contexto permite-lhe intervir nos processos de tomada de decisão comunitários, garantir cuidados de saúde acessíveis, continuados, integrados e eficazes, em parceria com a comunidade, através do seu empoderamento e capacitação, apontando para os ganhos em saúde (OE, 2018).

As competências específicas do EEECSF estão bem patentes neste trabalho realizado, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde e avaliação do estado de saúde de uma comunidade. O estudo da comunidade permite fazer um correto e preciso diagnóstico, compreender e definir o seu perfil de saúde e priorizar as suas necessidades. Assim, é possível formular objetivos e estratégias, em parceria com a comunidade e de acordo com os recursos disponíveis, contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades. A violência, seja ela de que tipo for, constitui um problema de saúde pública, sendo que o EEECSF tem um papel crucial no processo de identificação, intervenção e avaliação neste tipo de situações, de forma a prevenir a violência e maus-tratos junto da pessoa, família e comunidade (OE, 2018).

Os CSP são assim uma janela de oportunidade para a prevenção, identificação e intervenções precoces em problemas de saúde. Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde 21-30 (DGS, 2021) salienta a importância da continuidade dos cuidados, entre os vários níveis e destaca o papel primordial dos cuidados de saúde primários e das intervenções na comunidade na promoção do bem-estar e da saúde mental. Deste modo, reconhece-se o

papel fulcral dos pais e da família na gestão do comportamento da criança, assim como dos EEECS no apoio à parentalidade (Sousa, 2016).

Se o estado de saúde está diretamente relacionado com os comportamentos das pessoas devemos procurar métodos mais apropriadas para promover a adoção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais (Gomes, 2009).

4. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

A intervenção comunitária focalizou a promoção de saúde através de estilos de vida saudáveis, com o intuito de prevenir maus-tratos, estando fundamentada no Modelo de saúde de Nola Pender, designado de Health Promotion Model [HPM].

Este modelo possui uma competência ou abordagem orientada para o foco, ao contrário dos modelos orientados para o ato de evitar, que se baseavam no medo ou na ameaça à saúde enquanto motivação para o comportamento de saúde. Pender (2011), declara que existem processos complexos bio-psico-sociais que motivam as pessoas a ter comportamentos orientados no sentido de melhor de saúde e bem-estar.

No HPM, considera que o enfermeiro tem um papel de relevo na promoção da saúde das pessoas ao longo de todo o ciclo vital e é útil em diversos contextos, auxiliando-os a manterem-se saudáveis, criando ambientes saudáveis, desenvolvendo uma abordagem holística, na saúde individual das famílias e da comunidade em geral.

O modelo HPM estabelece dois níveis de prevenção: prevenção primária, quando existe o risco de doença e a prevenção secundária, que previne o aparecimento de novas doenças quando já existe doença instalada e promove a saúde dentro dos limites dessa doença ou incapacidade (Pender et al., 2014).

Portanto o modelo HPM é uma tentativa de retratar o carácter multidimensional das pessoas enquanto elas interagem com seus ambientes interpessoais e físicos a procura de saúde. Integra muitos princípios e apresenta uma estrutura destinada a incorporar a perspetiva do indivíduo sobre comportamentos que influenciem saúde. Assenta em três grandes componentes que se subdividem em variáveis: **Características e Experiências Individuais** (cada pessoa possui características e experiências únicas que exercem influência sobre suas ações futuras), **Comportamento anterior** (ajuda a pessoa a concentrar-se nos benefícios de um determinado comportamento que potenciam saúde, através de ensinamentos para ultrapassar obstáculos e criar sentimentos de afeto positivo) e **fatores pessoais** (são importantes para esclarecer ou prever o comportamento alvo).

Na continuação, comporta as variáveis: **Percebe Benefícios para a Ação**, que traduzem representações mentais positivos que reforçam as consequências de adotar um

comportamento, dependendo dos benefícios que pretende alcançar. **Percebe Barreiras para Ação**, que corresponde a percepções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais. **Percebe a autoeficácia**, permite um julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações. **Sentimentos em relação ao comportamento**, reflete uma reação emocional direta, que pode ser negativa ou positiva, desagradável ou agradável, sendo que o estado de sentimento pode determinar o comportamento. **Influências interpessoais**, correspondem a influência exercida por parte de outros, tais como famílias, cônjuges, provedores de saúde, crenças e cognições. **Influências situacionais**, são quando as pessoas realizam comportamentos mais eficazes em situações e ambientais em que são seguras e integradas. O **Compromisso com o Plano de Ação** permite à pessoa manter-se no comportamento promotor de saúde esperado. **Exigências Concorrentes Imediatas e Preferências** dizem respeito aos comportamentos alternativos que interferem na realização da ação de promoção de saúde planeada, as pessoas que têm baixo controle sobre os comportamentos exigem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento. O **Resultado do Comportamento** é orientado para a saúde e representa o resultado da ação do modelo HPM, defendendo que os comportamentos que potenciam saúde são parte integrante de um estilo de vida saudável (Pender et al., 2014).

O HPM de Nola Pender, tem como finalidade capacitar as crianças e pais, na aquisição dos principais determinantes nos comportamentos de saúde, assumindo-se como ponto de partida para o aconselhamento de estilos de vida saudáveis. Pela aplicação deste modelo e atuando em parceria com as escolas e serviços de saúde é possível capacitá-los na mudança de comportamentos, para que estes obtenham estilos de vida mais saudáveis.

Desta forma, este modelo configura-se como um instrumento válido, adequado e pertinente para desenvolver programas de saúde e mudanças comportamentais, aumentando a literacia em saúde no sentido de capacitar as crianças, famílias e comunidade com vista a melhorar os seus estilos de vida. Neste sentido, os enfermeiros, principalmente os EEECS, adotam estratégias que promovam e envolvam as crianças na prevenção da doença e promoção da saúde, necessitando que os seus direitos sejam assegurados e se invista no futuro, proporcionando-lhe cuidados de saúde adequados, quer em contexto escolar, comunitário e familiar (WHO, 2018).

5. TEORIA COGNITIVA SOCIAL DE ALBERT BANDURA

Segundo Sanders e Mazzucheli (2018) as figuras parentais são modelos para os seus filhos, garantindo-lhes oportunidades de aprendizagem de competências sociais, emocionais e cognitivas no contexto familiar. A disciplina através de sanções e consequências deverá ser imposta ainda por aqueles, de forma adequada à idade e ao nível de desenvolvimento da criança, tendo como objetivo reforçar uma maior tolerância a regras e limites, um maior controlo de impulsos e autorregulação, de forma a manifestarem comportamentos adequados e organizados perante o meio ou a comunidade onde estão inseridos.

A Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura baseia-se nos fenómenos psicológicos, não recusando os princípios centrais do comportamento, mas evidenciando alguns aspetos do comportamento que escapavam à abordagem ortodoxa comportamentalista, como os comportamentos resultantes de observação e imitação (Azevedo, 1997).

Neste sentido, Bandura foi-se afastando do comportamento ortodoxo vindo a incluir na sua teoria elementos como o processamento de informação, autocontrolo, autodirecção de pensamento e ações (Azevedo, 1997).

Este modelo refere que o comportamento humano deve ser entendido no quadro do determinismo recíproco ou reciprocidade triádica que postula interações recíprocas entre 3 fatores: pessoais (como as dimensões afetivas e cognitivas da personalidade), os comportamentos e as variáveis ambientais (Azevedo, 1997).

Exemplificando a **autorregulação** dos pais como uma característica da competência parental, pois é um construto originário da Teoria da Cognitiva Social de Albert Bandura (2000, citado em Sanders & Prinz, 2018), sendo considerado o processo pelo qual, os pais aprendem competências para modelar o seu comportamento operacionalizando a sua independência na resolução de problemas. No papel de intervenção, torna-se essencial que os pais desenvolvam estas competências, proporcionando confiança. De uma forma geral, as estratégias utilizadas pelos pais visam ajuda-los a desenvolver as suas capacidades de autorregulação através da **autossuficiência** (confiança neles próprios, procurando ajuda se necessário), da **autoeficácia** (acreditando que conseguem lidar com problemas), da **autogestão** (definindo objetivos e estratégias, autoavaliando o seu sucesso), **sentimentos de atividade pessoal** (atribuir sucessos ao seu próprio esforço), e da **capacidade de resolução dos problemas** (definir um problema e identificar a respetiva solução, desenvolvendo planos pessoais dirigidos à própria situação). Concomitantemente a promoção da autorregulação permite aos pais desenvolver expectativas positivas sobre as suas competências, tornando-os mais flexíveis e capazes de identificar os seus pontos fortes e fracos, aumentando assim o seu grau de confiança para lidar com desafios futuros,

essencialmente sem ter de recorrer a comportamento violento como forma de resolução de problemas.

A OMS recomenda a utilização de programas parentais como uma estratégia de prevenção universal de violência e maus-tratos contra as crianças. Em Portugal, estes programas baseados em evidência são escassos, apesar de se sentir uma enorme carência a este nível por técnicos e profissionais que trabalham na comunidade, escolas ou centros de saúde que lidam com os pais (Abreu, 2018).

Os programas parentais foram um paradigma de mudança do comportamento infantil problemático, que na era de 1960 eram centrados somente na criança e adolescente. No final do ano 1960 esta mudança começou a ter como foco o comportamento dos pais. Esta mudança de paradigma deve-se a teorias sobre a modificação comportamental (Skinner, 1965), modelos cognitivos sociais (Bandura, 1977) e interações familiares coercitivas (Patterson & Oregon 1982), que fornecem a base para o desenvolvimento de programas parentais, que se focaram no desenvolvimento de diferentes tipos de habilidades dos pais (Haslam et al., 2016).

II ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Na segunda parte deste relatório apresentamos a metodologia de planeamento em saúde, caracterização do contexto de estágio assim como, de forma pormenorizada todas as etapas do projeto de intervenção comunitária.

1. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária “Crescer com Amor, não com Dor”, alicerçou-se na Metodologia de planeamento em Saúde. Caracteriza-se por um processo dinâmico e contínuo, inseparável dos determinantes da saúde, e desta relação com o ambiente onde a instituição de saúde se insere. O seu intento é alcançar os objetivos traçados e reduzir o problema ou os problemas existentes (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1992), a metodologia de planeamento em saúde é a mais adequada para a obtenção de competências do EEECS, porque possibilita identificar as necessidades do indivíduo e comunidade, delineando prioridades, implementando intervenções e avaliando os resultados.

Na elaboração deste projeto, abordamos questões de educação para a saúde em contexto escolar (crianças, pais/EE) e contexto dos serviços de saúde de uma USF da zona em estudo.

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) o planeamento em saúde define-se por um processo dinâmico e contínuo, no qual decorrem várias etapas, tal como podemos observar na figura abaixo:

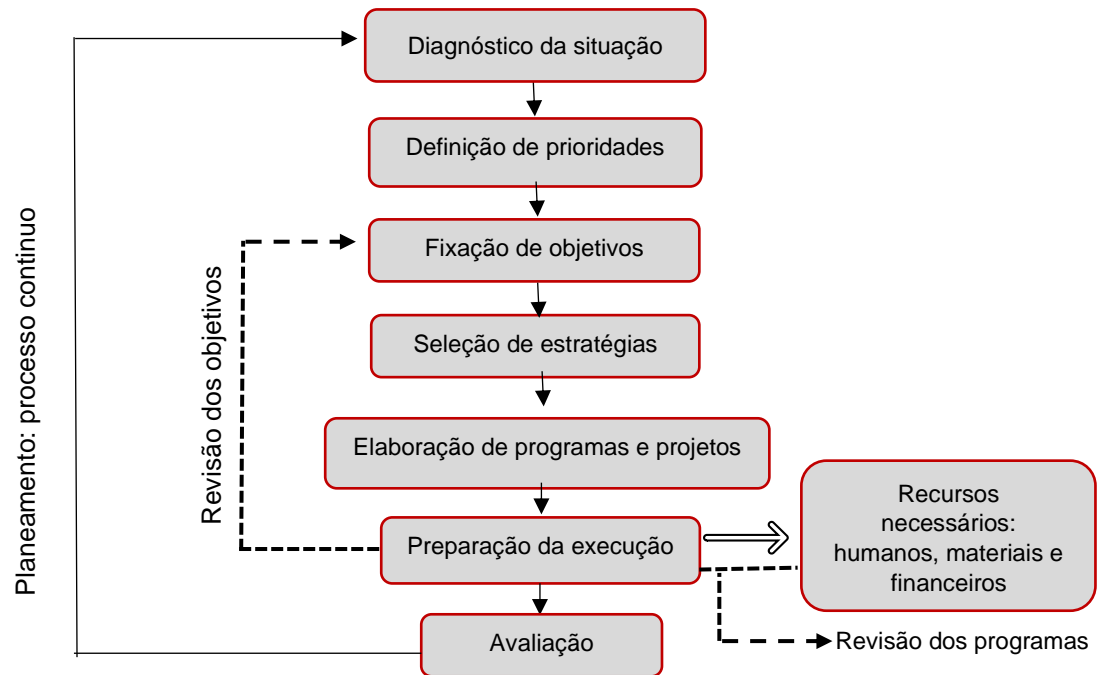


Figura 1 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes, 1982, p. 10

1.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação onde são identificados os problemas, determinando-se as necessidades de saúde da população em estudo. Neste sentido, “O Diagnóstico, caracteriza o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 19).

De acordo com Tavares (1992) a elaboração de um diagnóstico de situação pressupõe e remete para dois conceitos importantes, tais como: o problema e a necessidade. Assim, define problema de saúde como “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade” (p. 51). E a necessidade como sendo “a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado” (Tavares, 1992, p. 51).

Este estágio foi precedido de um anterior, onde foi concretizado o Diagnóstico da Situação de Saúde, com identificação dos problemas de saúde, determinação de prioridades, áreas de intervenção prioritária e fixação de objetivos a realizar (Imperatori & Giraldes, 1982).

1.1.1. Caracterização do contexto de estágio

Os estágios foram realizados no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras [ACES LOO], ocupa uma área de cerca de 61 quilómetros quadrados (km²), distribuídos pela à zona de Oeiras e Lisboa Oriental. A área de abrangência geográfica do concelho de Oeiras é de 46 km² e tem uma população de 171 767 habitantes/km² com uma densidade populacional de 3871 habitantes/ km², superior à realidade da Grande Lisboa de 950.6 hab/ km² e muito acima do padrão nacional (111.7 habitantes (hab)/km²), tendo a 4ª mais alta densidade populacional da Área Metropolitana de Lisboa (Pordata, 2023).

O ACES LOO tem um total de inscritos de 250.807 utentes, com 17,4% sem médico de família, engloba uma Unidade de Saúde Pública [USP], dezanove USF (17 modelo A e 8 modelos B), duas Unidade de Cuidados Personalizados [UCSP] e três UCC.

O estágio decorreu numa UCC, entre setembro de 2022 e janeiro de 2023, integrado na Equipa da Saúde Escolar [ESSE], de uma freguesia do Concelho de Oeiras, com 36079 habitantes, menos 0,4% face a 2011, e uma densidade populacional de 4095,23 habitantes/km², semelhante à do concelho (3871 hab/km²), mas muito superior ao padrão nacional (112,15 hab/km²) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

A UCC foi formalmente constituída a 26 de novembro de 2010, a população inscrita nesta unidade, em conformidade com os dados disponíveis pelo Bilhete de Identidade [BI] dos CSP, contabiliza 76279 utentes inscritos.

Esta presta cuidados de Saúde no âmbito domiciliário e comunitário, de modo a assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços que integrem os cuidados de Saúde prestados, considerando o diagnóstico de Saúde e as estratégias definidas no Plano Local de Saúde [PLS] do ACES LOO. Têm como finalidade dar resposta às necessidades de saúde da população, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, contribuindo desta forma para melhorar o estado de saúde dos cidadãos através de intervenções/atuações a nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A linha de ação da UCC pressupõe uma articulação direta e transversal com o ACES e com as Unidades Funcionais da área geográfica de Oeiras Oriental ao nível da prestação de cuidados de saúde. Trabalha ainda em parceria com os recursos da comunidade.

Os programas e projetos da carteira de serviços da referida UCC, integram a atividade ao nível de varias áreas tais como, Saúde Escolar; Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI]; Continuidade de cuidados; Parentalidade/Preparação para o Parto; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [NACJR]; CPCJ de Oeiras; #Chat Jovem (em parceria com a Câmara Municipal de Oeiras); Programas e Projetos de Intervenção Comunitária; Intervenção precoce : Projeto no agrupamentos de escolas da área, Escolas intervenção de

Territórios Educativos de Intervenção Prioritária [TEIP], Redes Sociais da Comunidade, equipa de intervenção da violência, entre outros projetos adaptados às necessidades da população.

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por sete enfermeiros, entre estes, a Enfermeira Coordenadora da Unidade e uma administrativa. Articula-se também, quando se verifica necessidade, com os seguintes recursos humanos, assistente social, médico, psicólogo.

1.1.2. Comunidade

O presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no município de Oeiras inserido na região de Lisboa (Nomenclaturas das Unidades Territoriais - NUT II) e sub-região da área metropolitana de Lisboa (NUT III) (INE, 2022), sendo delimitado pelos municípios de Sintra e Cascais (Norte e Poente), de Lisboa e Amadora (Nascente), barra do rio Tejo (Sul).

O município de Oeiras pertence a um dos 18 municípios que compõem a Área Metropolitana de Lisboa. Está inserido no distrito de Lisboa, sendo composto por cinco freguesias: União de freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada-Dafundo; União de Freguesias de Oeiras, S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias; União de Freguesias de Carnaxide e Queijas; Barcarena e Porto Salvo.

Todas as freguesias do município de Oeiras apresentam uma densidade populacional elevada. Nos últimos anos o município de Oeiras revela um agravamento do envelhecimento da população, com a redução da população jovem e em idade ativa e aumento da população idosa, acompanhando a tendência nacional. Quanto à distribuição etária, 51,1% da população tem entre 25 e 64 anos e 22,2% tem idade superior a 65 anos. Verifica-se uma predominância do sexo feminino (53,6%) e um aumento do índice de envelhecimento da população (139,29% face a 87,57% em 2011), ainda que se mantenha inferior ao Índice de desenvolvimento nacional, (182,07%). O índice de dependência total é de 61,64% e o índice de renovação da população ativa é de 86,72 (INE, 2022, Pordata, 2023).

No que respeita a **estrutura familiar**, a informação do Censos de 2021 demonstra que a dimensão média das famílias do concelho de Oeiras é 2,4 ligeiramente inferior à média nacional de 2,6 e igual à média da Grande Lisboa. Há um predomínio das famílias nucleares (32,8%) seguidas das unipessoais (30,3,3%). Destas, destaca-se a variação na última década, das famílias que são constituídas por idosos com ≥ 65 anos. Outro aspeto importante é o facto do total de idosos, cerca de 65% viverem sós ou com outros indivíduos do mesmo grupo etário (INE, 2022).

Quanto à **população estrangeira** residente no concelho, ocupa 7.6% do total. Numa subdivisão por país de origem há um claro predomínio de cidadãos brasileiros (quase 40%), seguido de nacionalidade cabo-verdiana (cerca de 19%), Moçambique (16,5%). Trata-se maioritariamente de países de língua portuguesa, dimensão simplificadora da comunicação, contudo é necessário ter atenção a patologia endémica e à dimensão cultural, valores e crenças que possam influenciar a atitude perante a saúde e a doença (INE, 2022).

Nos dados censitários de 2021, como podemos constatar no gráfico 1, a população concelho Oeiras apresenta um elevado **nível de escolaridade**, com 33% da população com ensino superior terminado e 22% com a escolaridade obrigatória (a maior % da Grande Lisboa), 11% com o 1º ciclo de escolaridade de 12% de analfabetismo (valores inferiores aos da Grande Lisboa e do país). Tais valores mostram um concelho privilegiado face à restante população portuguesa, com um nível socioeconómico elevado. Podemos destacar que o perfil produtivo de Oeiras se encontra fortemente alicerçado na disponibilidade de um capital humano altamente qualificado (Pordata, 2023).

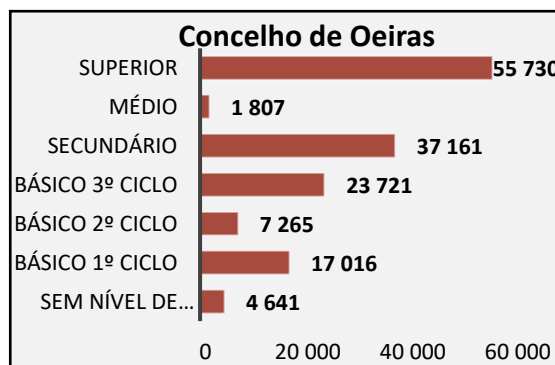


Gráfico 1 – Nível de escolaridade

Fonte: Adaptado do Pordata (2023)

Do ponto de **vista económico** o desenvolvimento económico de Oeiras, tem-se baseado na atração de empresas ligadas aos setores mais inovadores da economia, como uma localização privilegiada para sedes regionais ou europeias de empresas multinacionais, sendo um espaço muito competitivo para a instalação de centros de investigação e de competência de multinacionais (CMO, 2022).

Oeiras apresenta uma forte cobertura de unidades empresariais associada a setores terciários superiores. Denota-se uma presença importante de empresas em zonas de confluência com os concelhos vizinhos. A Este, beneficiando da proximidade a Lisboa. A Oeste, numa relação de proximidade com Cascais e Sintra (CMO, 2022).

Existem fatores que tem de ser realçados na economia do concelho, tais como, a capacidade de atração de empresas, a estrutura económica, as dinâmicas económicas, a estrutura sectorial e a qualidade empresarial (CMO, 2022).

Torna-se também pertinente caracterizar a população na dimensão socioeconómica do concelho do Oeiras podendo dizer-se que tem uma boa percentagem de população ativa (61.8%), apresenta uma taxa de desemprego de 4,5% (inferior à nacional de 5,8%), com uma elevada taxa de atividade (55,9%), sobretudo no sector terciário (87%). O poder de compra

per capita no concelho de Oeiras é superior ao nacional (153,1% versus [vs] 100%), assim como o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem (1748,2€ vs 1206,3€) (Pordata, 2023).

O concelho de Oeiras abrange uma população heterogénea, em que as condições económicas são díspares. De realçar, que se encontram desigualdades sociais, existindo habitantes de classe social alta e média alta que habitam em bairros designados de luxo, e por outro lado, existem alojamentos de habitação social, como o bairro da Outurela e Portela de Carnaxide. Zonas que nos são familiares, face à nossa área de intervenção laboral, onde os indivíduos carecem de cuidados mais específicos e onde escasseia muitas vezes o básico para suprimir as necessidades humanas básicas (CMO, 2019).

Contudo é importante referir que, 10.137 habitantes residem em bairros de iniciativa municipal, organizados em 3.459 famílias, com uma dimensão média de 2,95 pessoas por agregado, (CMO, 2019). Quanto ao Rendimento Social de Inserção [RSI], durante o ano de 2020, 1.770 pessoas beneficiaram desta prestação. Os beneficiários, apresentavam maioritariamente idade inferior a 25 anos (INE, 2022). Esta assimetria socioeconómica, deve conduzir a uma postura mais alerta para a compreensão do contexto individual (acesso a cuidados de saúde, condições de salubridade). Para tentar combater este flagelo, a Câmara Municipal de Oeiras evidencia o plano Municipal de habitação de Oeiras 20/30 assente numa política de habitação bem planeada, estruturada, consistente e inovadora para contribuir a erradicação da pobreza, reduzir desigualdades e paz social, para que muitas famílias tenham uma habitação condigna (CMO, 2019).

No que respeita à **criminalidade** no concelho, no âmbito da esfera das famílias no ano de 2021, a CPCJ de Oeiras registou um volume processual global de 992 situações, 365 processos transitaram do ano anterior, 511 foram instaurados e 116 foram reabertos (CPCJ, 2021).

Relativamente à tipologia dos maus-tratos físicos ou psicológicos, também se verifica um aumento, sendo mais frequente de exposição a violência doméstica, comportamentos de risco/consumos de estupefacientes e álcool, negligência/ausência de suporte familiar, absentismo escolar/abandono, maus-tratos-físicos/psicológicos, abuso sexual, exposição a modelos comportamento desviantes, outras explorações de perigo e exploração infantil (CPCJ, 2021).

Ao longo das últimas décadas, Portugal tem priorizado a problemática da violência Familiar/Doméstica e de género. A política pública nesta área tem sido operacionalizada através de instrumentos como o Plano Nacional para a Igualdade de Género, Cidadania e não Discriminação (2018-2030). Este plano pretende reforçar a intervenção nos domínios da educação, integrando o tema nas orientações para a educação pré-escolar, ensino básico e

secundário. Este tem como objetivo garantir a articulação entre os programas e planos nacionais, que por sua vez dão lugar aos planos municipais para a igualdade de género (Comissão da Cidadania e Igualdade de Género [CIG], 2018).

No concelho de Oeiras o Plano Municipal para a igualdade de género (2014-2017), não se tem alheado do papel fundamental de promoção da Igualdade de Género e tem vindo a realizar um percurso progressivo. O número de crimes de violência doméstica no concelho de Oeiras tem-se mantido, mas com flutuações que não contribuem para definir uma tendência clara (Câmara Municipal de Oeiras [CMO], 2014).

Quanto à violência de género é infligida maioritariamente a mulheres e raparigas, ressalvando que esta violência contra mulheres traduz a desigualdade entre género.

Relativamente às respostas sociais, projetos e serviços direcionados para as vítimas de Violência doméstica e de género, a intervenção é feita pela APAV de Oeiras, que intervém e articula com diferentes atores. Entre janeiro e dezembro de 2021 a APAV registou no seu Gabinete de Apoio à Vítima de Oeiras, um total de 2.684 atendimentos e assinalou um total de 714 crimes. Quanto à caracterização da vítima nestes crimes o gabinete da APAV Oeiras registou que a maioria é

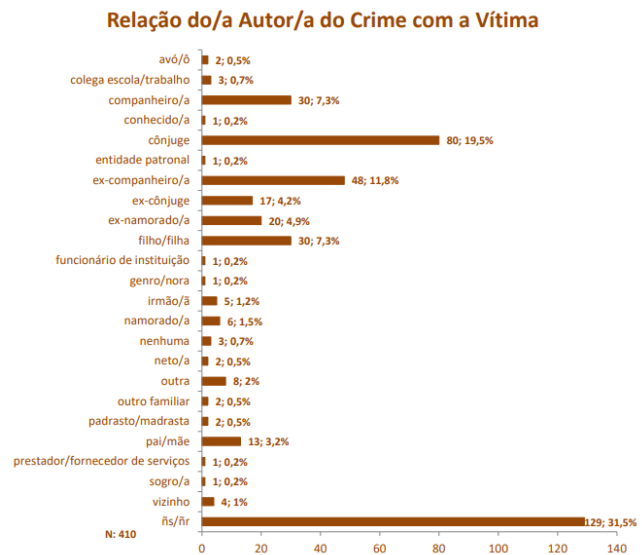


Gráfico 2- Relação do/a autor/a do crime com a vítima

Fonte: APAV Oeiras, (2021)

do sexo feminino (77,3%) e 18,8% do sexo masculino. Quanto à nacionalidade, 78,6% eram portuguesas, seguidas de 8,6% de brasileiros. Em relação ao parentesco do/a autor/a do crime com a vítima está explanado no gráfico 2.

Quanto a criminalidade em geral no concelho de Oeiras entre 2019 e 2020, os crimes registados pelas polícias em Oeiras diminuíram de 4.033 para 3.994 (um decréscimo de 1%). Os que tiveram maior percentagem foram os crimes contra a integridade física, furto ou roubo por esticção, furto de veículo e em veículo motorizado e condução de veículo com taxa de álcool igual ou superior a 1.2 gr/l (INE, 2021).

1.2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Segundo Tavares (1992) ao concretizar o diagnóstico da situação este deve terminar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair uma escolha do(s) que se pretende(m) solucionar ou minimizar.

As últimas seis décadas têm sido um período notável para a humanidade, com crescimento económico e com a urbanização. Estas alterações foram melhorar as condições de vida e de pobreza em todo o mundo. Enquanto as taxas de pobreza caíram dramaticamente, a alta desigualdade e as crescentes diferenças nas condições de vida tornaram-se inaceitáveis para grandes partes da população (Anica & Raposo, 2017).

Na parte económica, o crescimento vai cada vez mais assentar na evolução tecnológica, conhecimento, inteligência artificial, e inovação financeira. São setores exigentes em conhecimento e criatividade, remunerando os melhores formados e capazes de descobrir as soluções que a humanidade necessita urgentemente. O revés da medalha é a crescente desigualdade de rendimento e oportunidades, combinada com a mudança climática e vulnerabilidade macroeconómica (Anica & Raposo, 2017).

Esta problemática vai ao encontro da situação económica do concelho de Oeiras, onde existe um grande número de pessoas com ensino superior a usufruir de rendimentos elevados, e por outro lado pessoas com menos qualificações literárias com rendimentos baixos. As crescentes disparidades de renda são grandes, o que induz a maioria desta população a não poder pagar uma renda comercial e aumentar as desigualdades sociais.

A combinação de desigualdade e pobreza afeta sobremaneira as crianças, sobretudo entre 0 e seis anos. Prevê-se que mais de 500 milhões de crianças nunca alcançarão o seu potencial por falta de condições de saúde e nutricionais, por stress e depressão maternas, por falta de estímulo e afeto à nascença e durante os primeiros anos de vida. Esses fatores amplificam-se em condições de violência doméstica ou conflito armado, em situações desfavoráveis de saúde para os progenitores, e em situações de abandono ou pobreza. Sem ações dirigidas para proteger este grupo de crianças em risco, o ciclo da pobreza continuará já que elas continuarão na cauda da distribuição de rendimento e de oportunidades, tal como os pais e os avós antes deles (Anica & Raposo, 2017).

Segundo a UNICEF citado por Anica e Raposo (2017, p.19) “Investir em crianças desfavorecidas é uma iniciativa de política pública singular. Promove justiça e justiça social, aumentando ao mesmo tempo, a produtividade na economia e na sociedade em geral. Estas intervenções têm um retorno maior do que outras intervenções educacionais e judiciais.”

Foram vários os problemas identificados ao longo da caracterização do concelho, conseqüentemente, alguns deles, já se encontram a ser trabalhados. Pelo que, os que mereceram consideração traduzem a desigualdade social, a criminalidade e violência, com conseqüentes maus-tratos e exposição à violência, abandono e/ou negligência de pessoa

particularmente indefesa. E ainda os que remetem para problemas ao nível da saúde mental, como:

- Desigualdade social;
- Perturbações depressivas;
- Distúrbio ansioso/Estado de ansiedade;
- Violência doméstica;
- Maus-tratos;
- Exposição a violência, abandono e/ou negligência de pessoa particularmente indefesa.

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda etapa do processo do Planeamento em Saúde, consiste principalmente num processo de tomada de decisão. Deve-se selecionar prioridades, procurando identificar o problema, elaborar o diagnóstico da situação de saúde, ponderando e priorizando a solução dos problemas (Tavares, 1992).

Constatando-se ainda, um número de problemas significativo e atendendo a Melo (2020, p. 19), que alerta para a importância de priorizar, pois perante vários problemas “nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no tempo disponível” e que “a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor”, torna-se essencial definir exatamente quais os problemas prioritários, sobre os quais irá recair a nossa intervenção.

Consequentemente foi realizada uma reunião com a equipa multidisciplinar da UCC e com a CPCJ de Oeiras, considerados peritos, reduzindo a lista de problemas, àqueles que padecem de serem intervencionados pela nossa ação num futuro projeto de intervenção, na seguinte lista:

- Maus-tratos na primeira infância;
- Violência doméstica;
- Exposição a violência, abandono e/ou negligência de pessoa particularmente indefesa.

Apesar da diversidade de critérios de determinação de prioridades, propostos por diversos autores, não existem normas nem métodos universais de os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes, sendo que a utilização de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori & Giraldes, 1982).

Contudo, esta etapa traduz-se na hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde, permitindo uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados. É primordial que se recorra ao uso de critérios através dos quais se ordenam os problemas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Os critérios major de priorização dos problemas de saúde são: a magnitude (dimensão do problema utilizando, principalmente, indicadores de mortalidade); a transcendência (trata-se de uma simples ponderação por grupos, de maneira a considerar as mortes/doenças por determinada causa nesses diferentes grupos) e a vulnerabilidade (avaliação do potencial ou da possibilidade de prevenção) (Imperatori & Giraldes, 1982).

Concludentemente foi aplicado o método de CENDES-OPS adaptado, através dos critérios diretos (magnitude, transcendência e vulnerabilidade), cujos resultados são apresentados no quadro seguinte:

	Magnitude	Transcendência A intervenção no problema Influência a melhoria dos outros problemas	Vulnerabilidade A resolução do problema depende da nossa intervenção	Score
	< 50%	Não Influencia	Não Depende	0
	51% - 65%	Influencia Pouco	Depende Pouco	1
	66% - 75%	Influencia Moderadamente	Depende de forma moderada	2
	> de 76%	Influencia Muito	Depende Muito	3
Maus-tratos na primeira infância	3	3	2	8
Violência doméstica	3	2	2	7
Exposição a violência, abandono e/ou negligencia de pessoa particularmente indefesa	3	1	2	6

Quadro 1 : Resultado da priorização dos problemas identificados, através de critérios de priorização adaptados do método CENDES-OPS.

Fonte: Elaboração pela própria mestranda a partir de Imperatori & Giraldes (1992)

Assim, com base nos indicadores e dados recolhidos através da caracterização do concelho de Oeiras, e também dados recolhidos junto da UCC e CPCJ de Oeiras, foi realizado um diagnóstico de situação, onde se aferiu a necessidade de promoção da saúde a nível dos maus-tratos na primeira infância.

E é no âmbito dos maus-tratos infantis, partindo da premissa da prevenção em saúde e de planos de intervenção precoce, preconizados no papel de EEECS, que nos debruçamos.

3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação de saúde e definição de prioridades é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema, num determinado período. Esta etapa é fundamental no processo de planeamento em saúde, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma adequada avaliação de resultados obtidos com a execução do plano em causa (Imperatori & Giraldes, 1982).

Um objetivo é o que se pretende obter, no tempo e no espaço e necessita de uma definição precisa do esforço e dos meios necessários para o conseguir (Duran, 1989).

Na elaboração dos objetivos a atingir estes deverão ser precisos, pertinentes, mensuráveis e realizáveis. Terão de ser específicos, na medida em que vão permitir alterações de estilo de vida e, conseqüentemente, da saúde da população alvo e alcançáveis na dimensão temporal proposta (Tavares, 1992).

Assim, definiu-se como objetivo geral para este projeto: Contribuir para a prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos em dois JI de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro de 2023.

A fixação do objetivo geral conduz, posteriormente, à criação de objetivos específicos, que vão encaminhar para a necessidade de introduzir objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Neste entendimento identificam-se como **objetivos específicos** os seguintes:

1. Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos a 40% dos pais dos JI de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro 2023;
2. Avaliar o conhecimento a 90% dos pais sobre Maus-tratos na primeira infância;
3. Envolver a equipa da USF da área de intervenção sobre a prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância;
4. Sensibilizar as crianças sobre maus-tratos na primeira infância.

3.1. METAS

Segundo Imperatori e Giraldes definir metas é crucial. As metas são um resultado dos diferentes objetivos estabelecidos, e as diversas atividades a realizar são uma consequência

das metas definidas. É fundamental distinguir os objetivos das metas, especificamente no tempo e no prazo de avaliação de cada um (Imperatorii & Giraldes, 1982).

Contribuir para a prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos em dois JI de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro de 2023.		
Objetivo Específico	Metas	Indicadores
Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos a 40% dos pais dos JI de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro 2023	100% das ações educativas sobre prevenção de maus-tratos na primeira infância 40% da população alvo 70% de satisfação com a sessão de educação para a saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas}} \times 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$
Avaliar o conhecimento a 90% dos pais sobre Maus-tratos na primeira infância	90% de respostas 30% dos pais responderam corretamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas dos presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de pais presentes na sessão}} \times 100\%$ $\frac{\text{Aumento do N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas totais (antes e após ação)}} \times 100\%$
Envolver a equipa da USF da área de intervenção sobre a prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância	50% Participação da equipa 70% de satisfação na equipa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$
Sensibilizar as crianças sobre maus-tratos na primeira infância	80% de Participação das crianças 50% satisfação das crianças	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$

Quadro 2 – Objetivos Específicos, Metas e Indicadores

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

No processo de planeamento em saúde a etapa de seleção de estratégias é uma das etapas fundamentais num processo de planeamento, com ela pretendemos conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas encontrados (Imperatori e Giraldes, 1982). Os mesmos autores definem “(...) estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (p. 65).

A estratégia principal do projeto foi contribuir para a prevenção dos maus-tratos na primeira infância. Esta estratégia de Educação e Promoção da Saúde, surgiu desta forma como a principal estratégia utilizada neste projeto de intervenção, através da realização de sessões de formação dirigidas às crianças e respetivos pais/EE, e equipa multidisciplinar da USF do local do contexto do projeto, sendo apoiada pelo HPM de Nola Pender.

Neste entendimento, procuramos ir ao encontro do reforço da autorregulação dos pais (Bandura, citado em Sanders & Prinz, 2018), sensibilizando os pais para a modelação do seu comportamento e desenvolvimento de competências de confiança e segurança. Perspetivando, em último que estes ajudem as crianças a desenvolver competências de autossuficiência, autoeficácia, autogestão, sentimentos de atividade pessoal e capacidade de resolução de problemas. A promoção da autorregulação também possibilita aos pais desenvolverem expectativas positivas em relação às suas próprias habilidades, tornando-os mais flexíveis e capazes de identificar seus pontos fortes e fracos. Isso aumenta significativamente seu nível de confiança para lidar com os desafios futuros, sem precisar de recorrer ao comportamento violento como forma de resolver problemas.

A utilização de teorias e modelos quando se trabalha a promoção da saúde pode facilitar na perceção dos determinantes dos problemas de saúde. Pode ainda orientar nas soluções que melhor respondem às necessidades e interesses dos envolvidos (Pender, 2011).

Neste contexto Loureiro e Miranda (2018), defendem que uma estratégia efetiva na promoção da saúde, pode tornar-se uma medida de resultado. Considerando a prevenção dos maus-tratos na primeira infância, como base do projeto, na medida que foi direcionada a todas as crianças e pais/EE, como educação para a saúde, dirigido a mudanças de comportamento e estilos de vida podem ser considerados uma mais-valia no investimento no contexto de Saúde no futuro, centrando-se numa nova perspetiva de parentalidade como forma de contribuir para a prevenção de maus-tratos.

Desta forma, a **educação para a saúde** surge como a primeira estratégia fundamental para atingir os objetivos previamente delineados. As atividades planeadas vão de encontro a resolução dos problemas identificados, deste modo para atingir os objetivos, iremos tentar atingir as metas propostas. Logo, a escola aparece como um local essencial para o desenvolvimento de competências a nível de conhecimentos, como de atitudes e comportamentos tanto das crianças como dos respetivos pais/EE.

O cumprimento deste projeto contemplou mais estratégias, para que este se cumprisse e executasse com sucesso, tais como:

- Trabalho em equipa com a UCC e CPCJ de Oeiras;
- Estabelecimento de parcerias na comunidade;
- Empoderamento da comunidade.

4.1. ESTRUTURA DO PROJETO

A estrutura analítica do projeto, representada pela Work Breakdown Structure [WBS], é um processo de subdivisão das fases do projeto em componentes menores e mais facilmente gerenciáveis. É estruturada em árvore do mais geral para mais específico, para apresentar o projeto, discutir a sua pertinência e objetividade, bem como apresentar os respetivos custos e ganhos em saúde, que pode ser visualizada na figura seguinte.

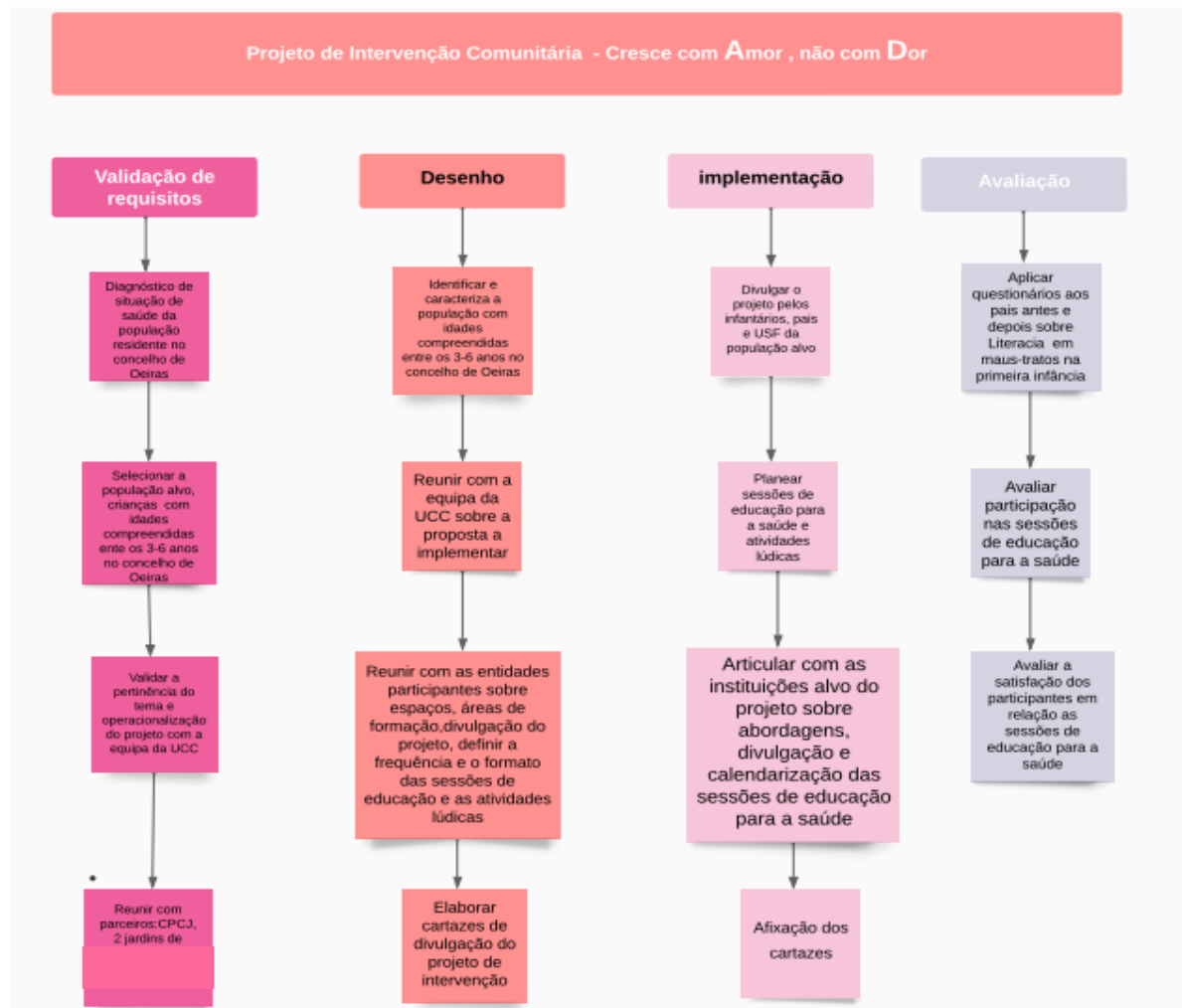


Figura 2 – WBS

Fonte: Elaboração pela própria mestrand

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

É nesta etapa da metodologia do planeamento em saúde que deverão ser discriminadas as atividades que integram o projeto, devendo estas ser definidas por forma a clarificar o mais possível os objetivos estabelecidos (Tavares, 1992)

Deste modo, cada atividade a realizar deve ter em conta os seguintes critérios: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade.” (Tavares, 1992, p. 166), conforme explanado no quadro seguinte.

Estratégias	Atividades	Quem	Quando/onde /como	Objetivos a atingir	Avaliação
Trabalho em equipa com UCC e CPCJ	Reunir com a equipa da UCC e CPCJ	Enf ^a Mestranda	A 20 de junho de 2022 na UCC, através do método expositivo e conversa informal	Sensibilizar para os problemas identificados e de necessidade de intervenção	Realização efetiva da reunião
Estabelecimento de parcerias em Saúde na comunidade	Reunir com a equipa da UCC, CPCJ, JI e USF	Enf ^a Mestranda Parceiros envolvidos	Em setembro de 2022, nas respetivas instalações dos parceiros, através do método expositivo e conversa informal	Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de situação de saúde. Transmitir informação sobre os maus-tratos. Propor medidas de intervenção. Solicitar colaboração	Estabelecida parceria com a UCC, CPCJ, JI e USF para a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária durante o período estabelecido
	Realização de sessões de educação para a saúde para				Realização efetiva das sessões

Educação para a saúde	as crianças, pais/EE e USF Aplicação de questionários aos pais/EE sobre literacia de maus-tratos e parentalidade positiva antes e depois das sessões	Enf ^a Mestranda Enf ^a Supervisora	De outubro de 2022 a janeiro de 2023, nas instalações dos JI e instalações de uma USF do concelho de Oeiras, através de preleção com recurso a projeção.	Promover uma cultura de prevenção de maus-tratos infantis	Avaliação das sessões Preenchimento dos questionários por parte dos pais/ EE
Empoderamento comunitário	Divulgar o projeto de intervenção comunitária nos JI e USF	Enf ^a Mestranda Parceiros envolvidos Crianças e respetivos pais/EE	A decorrer de setembro de 2022 a janeiro de 2023, no concelho de Oeiras, em 2 JI e uma USF. Com afixação de cartazes e carta convite via digital para os Pais/ EE	Convidar os pais das crianças Promover e aumentar a adesão às sessões de educação ou atividades propostas Sensibilizar e envolver a comunidade Participação dos parceiros envolvidos	Realização de sessões educativas com participação da população alvo. Envio da documentação via digital para o e-mail dos pais/EE Verificar a divulgação das sessões no Facebook do agrupamento de escolas

Quadro 3 – Seleção de estratégias e atividades implementadas

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

Esta fase do planeamento operacional corresponde à elaboração do projeto e integra o estudo pormenorizado das atividades necessárias, na execução das estratégias selecionadas (Imperatori e Giraldes, 1982). Desta forma, procedemos à definição das intervenções, sustentadas na experiência e conhecimento da enfermeira supervisora do estágio. Tornou-se, igualmente importante a colaboração da equipa pedagógica, que se manteve próxima e com envolvimento admirável neste projeto de intervenção.

Após as diversas reuniões com todos os parceiros envolvidos, programámos as intervenções essenciais para garantir uma evolução adequada e o sucesso do projeto. De forma mais minuciosa, passamos a explicar esta etapa do planeamento em saúde.

Em primeiro lugar, e tendo em conta o diagnóstico de situação de saúde, optamos por desenvolver sessões de educação para a saúde para as crianças e respetivos pais/EE e uma sessão de formação para a USF local, para promoção da prevenção dos maus-tratos infantis.

Foi preparada uma sessão de educação para a saúde às crianças sobre a temática dos maus-tratos, denominada “Vamos prevenir”, a aplicar separadamente, nas seis turmas dos dois JI (total de 98 alunos). O horário de cada sala foi instituído pelo professor parceiro. Foi também divulgada informação sobre as sessões formativas via correio eletrónico para os pais com a respetiva autorização. Estiveram presentes a enfermeira mestranda, a enfermeira supervisora, e os respetivos professores das diversas salas do JI.

A sessão foi estruturada para envolver as crianças de uma forma interativa e interessante, de acordo com a fase do desenvolvimento em que estes se encontram. Teve como objetivo geral promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos perante as crianças dos JI e como objetivos específicos contribuir para a prevenção de maus-tratos através de vídeos e recurso de um jogo didático. Durante a sessão foram explanados os tipos de maus-tratos, a distinção entre um bom toque e um mau toque, a importância de saber dizer que não, a distinção entre um segredo mau e um segredo bom, a identificação das partes íntimas do corpo humano e saber a quem denunciar (através de uma canção) (Apêndice I).

Na sessão de educação para a saúde dirigidas aos pais/ EE, que ocorreu em janeiro, em dois dias e horários distintos, o conteúdo apresentado foi o mesmo. A convocatória para a sessão foi realizada por nós e enviada pela professora pedagógica de cada JI via e-mail. Esta informação, foi também divulgada no site do Facebook do Agrupamento Escolar. Estiveram presentes nas sessões a enfermeira mestranda, a enfermeira supervisora, e os diversos professores do JI e os pais/ EE aderentes.

A sessão foi apresentada com recurso a PowerPoint, tendo como objetivo geral a promoção de uma cultura de prevenção dos maus-tratos, e como objetivos específicos a identificação de sinais e sintomas indicativos de maus-tratos, ressaltar os meios de sinalização, contribuindo para a prevenção e o reforço da parentalidade positiva na prevenção de maus-tratos.

Durante a implementação desta metodologia, surgiu a necessidade de intervir com esta população e, simultaneamente, colher mais informações para avaliar o impacto das sessões de educação, aplicando questionários no início e final de cada sessão. Foi elaborado um marcador de livro, **“Consciencializómetro - Reflita nas atitudes para com as crianças”**, que tem como objetivo sensibilizar os pais para a importância das suas atitudes em relação

às crianças, estando estas distinguidas no Consciencializómetro por cores conforme o perigo que acarretam (Apêndice II).

Por fim, realizamos uma sessão de formação dirigida aos profissionais de saúde da USF local, apresentando os resultados obtidos no diagnóstico de situação da comunidade envolvente. Esta formação teve como objetivo geral envolver a equipa da USF da área de intervenção, na prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância. E, como objetivos específicos, conhecer a situação epidemiológica da região relativamente aos maus-tratos infantis; descrever os diversos tipos de maus-tratos; aclarar os sinais indicativos de maus-tratos elucidar a articulação com as entidades competentes; explicar a elaboração dos registos no programa S-Clínico e por fim valorizar o empoderamento parental através da parentalidade positiva na prevenção de maus-tratos. Neste contexto, foi ainda elaborado um poster sobre “maus-tratos infantis crescer com Amor, não com Dor”, que foi afixado na sala de espera da Consulta de Saúde Infantil, de forma a estar visível e acessível (Apêndice III).

5.1. METODOLOGIA UTILIZADA NA INTERVENÇÃO

Partindo da metodologia de planeamento em saúde e percorrendo as suas etapas, este instrumento permite através da análise de políticas e objetivos de saúde, realizar ações com vista ao desenvolvimento do sector (Imperatori & Giraldes, 1982).

No decorrer da implementação desta metodologia, emergiu a necessidade de intervir junto desta população e ao mesmo tempo, recolher mais dados que nos permitam aferir o resultado da intervenção.

O estudo efetuado classifica-se como método de investigação quantitativo descritivo. O instrumento de colheita de dados selecionado foi um questionário, elaborado para o efeito, já que não existia nenhum que respondesse ao objetivo do estudo.

Participaram na sessão de educação para a saúde 46 pais/EE com filhos entre os 3-6 anos de idade, de dois JI de uma freguesia de Oeiras. Os JI ao qual pertenciam estes pais/EE foram selecionados em função da área geográfica abrangida pelo estudo, e pelo número de crianças sinalizadas por maus-tratos dessa mesma freguesia.

Foi realizada uma sessão de educação para a saúde, tendo sido ministrada 3 vezes, das quais duas no mesmo infantário. No início de cada uma das sessões de educação para a saúde, os participantes responderam a um questionário inicial, de forma a obtermos o seu nível de conhecimento e sensibilização sobre a temática prevenção dos maus-tratos na primeira infância e parentalidade positiva. No final de cada sessão foi aplicado o mesmo questionário para verificarmos o aumento de conhecimentos sobre a temática, compreender o impacto da formação nos mesmos, e um questionário de avaliação da sessão.

A recolha de dados decorreu no período do ano letivo de 2022/2023, os questionários foram preenchidos de forma direta pelos participantes no início e final de cada sessão

5.2. POPULAÇÃO

A população alvo da intervenção são os pais/EE das crianças entre os 3-6 anos de dois JI de uma freguesia do concelho de Oeiras.

A freguesia apresenta uma grande população com crianças em risco enquadradas desde o ano letivo de 2006/07 no Programa TEIP, com resultados práticos positivos. A equipa de saúde escolar em articulação com as coordenações escolares, considerou fundamental dar continuidade ao presente projeto na comunidade.

Assim, tornou-se pertinente manter a estreita articulação entre a equipa multidisciplinar Alargada, constituída por técnicos de saúde a intervir na área dos maus-tratos na primeira infância e professores. Estabelecendo estratégias de atuação junto destas crianças e respetivas famílias, de forma a promover uma abordagem integrada e execução de medidas e orientações prescritas, assim como a monitorização de resultados obtidos.

Este agrupamento de escolas dá resposta a uma rede de bairros sociais de realojamento, com uma população muito diversificada socioculturalmente. Existe um número significativo de indivíduos de origens étnicas diferenciadas. O número de crianças e jovens residentes é significativamente bastante superior aos dos mais velhos de idade superior a 65 anos, numa linha de população inversa àquela que prevalece a nível nacional e até mesmo do concelho (CMO, 2018).

A conflitualidade, a agressividade e a violência parecem estar associadas a muitas vivências intrafamiliares, surgindo como um dos principais indicadores de sinalizações de maior precariedade, referenciados por vários departamentos escolares, camarários e judiciais. Assim, este estudo foi aplicado numa freguesia do concelho de Oeiras, em dois JI, a um total de pais de 98 crianças.

Foi selecionada uma amostra por conveniência. De acordo com Vilelas (2020), no que se refere à opção na adoção de uma amostra por conveniência, a mesma fica a dever-se, fundamentalmente a uma maior acessibilidade aos elementos participantes do estudo.

No corrente estudo, para esse efeito contribuiu a forte colaboração dos educadores de infância dos JI, que ao endereçaram o convite aos pais/EE em formato digital, incentivaram a sua participação nas sessões.

Ainda, de forma a acautelar maior representatividade e heterogeneidade de participantes, as sessões de formação foram realizadas em dias úteis, e em horário pós-laboral.

Consideraram-se como critérios de inclusão: Pais e encarregados de educação de crianças com idades compreendidas entre os 3-6 anos a frequentarem estes jardins de infância; Participação dos pais, através de consentimento informado; Participação voluntária e anónima, podendo ser interrompida a qualquer momento sem prejuízo para os participantes.

Critérios de exclusão: Não falar e compreender a língua portuguesa.

5.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados selecionado foi um questionário, havendo a necessidade de o elaborar, já que não existia nenhum que respondesse ao objetivo do estudo. Portanto, tendo por base a opinião de peritos na área de enfermagem e das ciências comportamentais construiu-se um questionário com 12 perguntas fechadas (Apêndice IV).

Antes da aplicação dos questionários aos pais/EE foi aplicado um pré teste a 10 pessoas da população alvo, de maneira a avaliar a pertinência e a eficácia do questionário, averiguando se existiam termos ambíguos e se as questões iam ao encontro com o desejado (Fortin, 2009). A população alvo do pré-teste não foi incluída no estudo.

A aplicação do questionário decorreu no mês de janeiro de 2023, proporcionou a identificação do conhecimento sobre a problemática, associando a prevenção de maus-tratos à parentalidade positiva. Os questionários foram preenchidos de forma direta pelos participantes via google forms, no início e final de cada sessão. A participação dos pais/EE foi voluntária, e após obtenção de consentimento informado devidamente assinado.

O processo de colheita de dados foi realizado nas sessões de educação para a saúde sobre a prevenção dos maus-tratos na primeira infância dirigida aos pais/EE. Os questionários foram preenchidos durante as sessões de educação para a saúde, e decorrem em 3 momentos distintos nos JI referidos anteriormente.

No início de cada sessão foi fornecido uma declaração de consentimento informado (Apêndice V) elaborado para o efeito. Após a sua assinatura, foi aplicado o questionário inicial onde os pais/ EE responderam antes de terem assistido às sessões de educação para a saúde, sobre o tema prevenção dos maus-tratos na primeira infância.

Após a sessão de formação e no final desta, os participantes responderam novamente ao mesmo questionário, com o objetivo de verificar se houve aumento de conhecimentos, traduzindo-se estes ganhos em respostas corretas sobre a temática em questão.

5.4. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências relativas e frequências absolutas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O tratamento e a análise dos dados obtidos foram realizados recorrendo ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0 para Windows.

5.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A enfermagem enquanto profissão autorregulada tem definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] quer no Código Deontológico do Enfermeiro reconhecido na legislação portuguesa, os princípios éticos e deontológicos a respeitar, no qual se incluem naturalmente os processos de investigação (Melo, 2020).

Por conseguinte, procedeu-se a implementação do referido estudo, adotando questões éticas inerentes às diferentes etapas, na qual se remete para o cumprimento dos princípios da Declaração de Helsínquia e na convenção Oviedo por se considerarem basilares nas atividades de investigação.

Neste entendimento, solicitamos inicialmente a autorização para a realização do Projeto de Intervenção Comunitária ao Diretor executivo do ACES LOO com parecer positivo (Anexo I). Solicitamos também autorização para a realização do presente projeto nos JI de uma freguesia do concelho de Oeiras, com parecer positivo (Anexo II).

Posteriormente, submetemos o protocolo de investigação à comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, obtendo igualmente o parecer positivo (Anexo III).

Deste modo, foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos, assim como os princípios éticos intrínsecos ao longo de todo o projeto. Os dados extraídos foram utilizados exclusivamente no âmbito do presente projeto e ficarão na posse do investigador, guardados em computador pessoal e protegido com palavra-chave. Os mesmos serão posteriormente eliminados com a conclusão do presente projeto, respeitando assim todos as normas e procedimentos do Regulamento geral de proteção de dados.

Nesta investigação não existem conflitos de interesse por parte da investigadora principal, quer a seja a nível pessoal, económico e financeiro ou outro, que comprometam a imparcialidade do projeto (Apêndice VI).

5.6. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Do total da amostra (46 participantes), 87% são do sexo feminino e 13% do sexo masculino. A maior parte dos inquiridos situa-se na faixa etária dos 37-50 anos (41,3%), seguido dos 26-36 anos (39,1%), posteriormente pela faixa etária ≤ 25 anos (13%) e por último os ≥ 50 anos (6,5%). Podemos concluir que a população em estudo se encontra em idade ativa. Quanto ao estado civil os participantes são maioritariamente solteiros (32,6%) e em união de facto (32,6%), seguindo-se os casados (28,3%), e por último os divorciados/separado(a) (6,5%).

A grande parte dos inquiridos tem o ensino secundário (30,4%), seguidos ensino superior (28,3%), 3º ciclo do ensino básico (21,7%), 2º ciclo do ensino básico (8,7%), curso técnico/profissional (8,7%) e por último o 1º ciclo do ensino básico (2,2%). A maioria dos participantes habita em zona urbana (91,4%), seguido zona rural (4,3%) e zona sub-urbana (4,3%).

No que se refere ao número de filhos, constatou-se uma variação entre 1 filho e um máximo de 5 filhos. Tendo 18 participantes um filho (39,1%), 20 participantes dois filhos (43,5%), 5 participantes 3 filhos (10,9%), 1 participante com 4 filhos (2,2%) e 2 participantes cinco filhos (4,3%).

5.7. ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, os resultados obtidos da avaliação do impacto da formação realizada aos pais/EE de crianças dos 3-6 anos, na sua perceção relativamente aos maus-tratos e à parentalidade positiva, mostram uma evolução positiva no acréscimo de conhecimento sobre a temática, tal como podemos observar na tabela infra, num universo de 24 questões a média de respostas corretas é de 15.0 antes da formação e depois da formação aumenta para 23.3 de respostas corretas. Sendo que, a diferença é estatisticamente significativa, pelo que coloca em evidência o efeito positivo desta intervenção tendo como base uma sessão de educação para a saúde.

Perguntas	Pré sessão	Pós sessão
Maus-tratos Ativos	71,7%	97,8%
Maus-tratos Passivos	54,3%	95,7%
Abuso Sexual	82,6%	100,0%
Maus-tratos Físicos	84,8%	100,0%
Maus-tratos Psicológicos	91,3%	100,0%
Síndrome de Munchausen por procuração	19,6%	97,8%
Negligência	73,9%	97,8%
A criança protege-se sempre que um adulto faz um gesto	65,2%	91,3%
Apresenta alterações no desenvolvimento (peso, estatura, linguagem)	47,8%	91,3%
Tem carência de Higiene	50,0%	97,8%
Vestuário desadequado em relação a estação do ano	54,3%	97,8%
Hematomas ou outras lesões inexplicadas no corpo, com marcas de objetos em diferentes estados de cicatrização	95,7%	97,8%
Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade e/ou automutilação)	73,9%	97,8%
Comportamento excessivo de pavor	67,4%	97,8%
Faltas constantes nos serviços de saúde/escola	58,7%	97,8%
Fazia queixa na Polícia de Segurança Pública (PSP)	89,1%	97,8%
Ligava para a linha SOS Crianças	65,2%	100,0%
Informava o Tribunal de Menores	43,5%	95,7%
Levava a criança para o Hospital	54,3%	95,7%
Denunciava a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ)	93,5%	97,8%
Ligava para a Guarda Nacional Republicana (GNR)	47,8%	95,7%
Comunicava ao Centro de Saúde da sua área de residência	32,6%	93,5%
Sabe o que é parentalidade positiva?	47,8%	100,0%
Acha que a Parentalidade Positiva pode ser uma maneira de prevenção de maus-tratos?	39,1%	95,7%

Tabela 1- Análise da percentagem de respostas corretas no pré e pós das sessões de educação para a Saúde

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

Na questão **“Quando pensa em maus-tratos na 1ª infância (0-6anos), pensa em...”**, constata-se que a tipologia de maus-tratos que a população alvo mostra mais conhecimento/sensibilização são os maus-tratos Ativos (abuso sexual, físicos, psicológicos e Síndrome de Munchausen por procuração), em detrimento dos maus-tratos Passivos (negligência). Sendo que, dentro dos maus-tratos Ativos, a categoria que reuniu um maior índice de respostas corretas foi “Maus-tratos psicológicos”, antes da sessão de formação, obtendo uma menor ampliação de resultados corretos na avaliação de respostas pós formação, destaca-se então as categorias “abuso sexual”, “maus-tratos físicos” e “maus-tratos psicológicos” com 100% de respostas corretas no final da sessão.

Na análise da tabela 1, destaca-se um resultado com maior impacto de respostas corretas pós sessão, o que faz ter presente a importância da promoção da literacia em saúde, na questão colocada sobre o conhecimento do Síndrome de Munchausen por procuração, onde o aumento de respostas corretas passou de 19,6% para 97,8%, refletindo uma diferença estatisticamente significativa 78,2%. A promoção da literacia em saúde, particularmente na área da promoção de boas práticas parentais, deve ser realizada por profissionais de saúde (DGS, 2013), as pessoas que têm maior acesso à informação em saúde, podem compreender melhor as mensagens que lhes são transmitidas, fazer escolhas mais acertadas e melhorar na ação, podendo aumentar a motivação das famílias para melhorar o seu nível de conhecimento.

Relativamente, aos maus-tratos Passivos (negligência), esta categoria surge como a segunda resposta com menos cotação, com 73,9% na pré sessão, terminando com 97,8% de respostas corretas, o que corresponde a um diferencial de 23,9%.

Relativamente a questão **“Que sinais considera que a criança é vítima de maus-tratos?”**, constituída por oito alíneas e três opções de resposta (Sim/ Não/ Não sei), destaca-se com maior índice de respostas corretas no momento inicial de avaliação “ Hematomas ou outras lesões inexplicáveis no corpo, com marcas de objetos em diferentes estados de cicatrização” com 95,7%, no entanto, no segundo momento de avaliação a diferença estatística não foi significativa (2,1%), correspondendo a 97,8% de respostas corretas, seguindo-se “Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ ou heteroagressividade e/ou automutilação), com 73,9% de respostas corretas iniciais, terminando com a mesma percentagem de respostas corretas que o anterior. Com o mesmo valor de percentagem final nos pós sessão, surge “Tem carência de higiene”, “Vestuário desadequado em relação a estação do ano”, “Comportamento excessivo de pavor” e “Faltas constantes nos serviços de saúde/escola”. Em oposição, surge no primeiro momento com 47,8% de respostas corretas, “Apresentação de alterações no desenvolvimento (peso, estatura e linguagem)”, alcançando no final da avaliação 91,3% de respostas corretas, esta percentagem foi igual na alínea “A

criança protege-se sempre que um adulto faz um gesto”, no mesmo momento de avaliação, (partindo de uma primeira avaliação de 65,2%).

Conforme os resultados obtidos nos itens desta pergunta, verificamos que na avaliação da pré sessão, as respostas com menor valor percentual são relacionadas com o mau-trato negligência, alegadamente, parece existir uma maior sensibilização para os aspetos físicos, porque provam visivelmente os maus-tratos (Faria et al., 2012).

A população em estudo foi mais eloquente na importância dos danos visíveis da criança, descurando os danos não visíveis. E, comparando estes resultados (“Apresenta alterações no desenvolvimento”, “Tem carência de higiene”, “Vestuário desadequado em relação a estação do ano”, “Faltas constantes nos serviços de saúde/escola”), com os da primeira pergunta “Maus-tratos Negligência?” no questionário inicial, surge na linha do pensamento a questão: será que as respostas refletem na realidade o conhecimento da temática inquirida? Alegadamente, parece existir desconhecimento, pois estas alíneas, sinalizam os maus-tratos negligência.

Quanto à pergunta “Suspeitava de uma criança vítima de maus-tratos, o que fazia?”, nas diferentes possibilidades de respostas, estão representadas as Forças de Segurança, Instituições Oficiais não Judiciárias, Saúde e Justiça, na análise dos dados obtidos, surge com maior número de respostas corretas antes da sessão formativa “Denunciava a CPCJ”, o que espelha, (eventualmente), a consciência dos participantes que a presença de uma situação de risco/perigo para a criança, tem como um dos primeiros passos a denúncia a esta instituição.

Nesta pergunta, o maior impacto na amplitude de conhecimento foi “Comunicava ao Centro de Saúde da sua área de residência”, passando de 32,6% para 93,5%, em oposição, no menor aumento de conhecimento surge “Fazia queixa na polícia de Segurança Pública (PSP)”, com 89,1% para 97,8%. A baixa percentagem obtida no primeiro questionário, é provavelmente revelador do desconhecimento que atualmente em Portugal, a ação da Saúde enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme a LPCJR (Lei nº 147/1999, de 1 de setembro, alterada pela Lei nº31/2003 de 22 de agosto), para o garante dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo.

Esta transmissão de conhecimentos e capacitação aos indivíduos para a prevenção dos maus-tratos, traduz-se por saber a quem denunciar, e desenvolver confiança para agir com base no conhecimento transmitido, como foi explanado nos resultados pós formação. Neste sentido, muitas vezes é a simples presença ou ação imediata que impedem que os maus-tratos aconteçam ou se agravem (Chaves et al, 2020). Sendo que, a denúncia de uma suspeita de maus-tratos a uma criança ou jovem constitui um dever cívico e uma imposição

legal para qualquer cidadão (artigo 66.º, nº 2 Lei n.174/99 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo).

A consistência interna das questões apresentadas anteriormente, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .759 (razoável) a um máximo de .857 (bom).

	Alpha Cronbach	Nr de itens
Pré-formação	.857	24
Pós- Formação	.759	24

Tabela 2 – Consistência interna

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

As estatísticas descritivas dos valores obtidos nas variáveis em análise podem ser observadas na tabela seguinte. Nela, indicamos os valores mínimos e máximos, média e respetivos desvios padrão. A diferença é estatisticamente significativa, $t(45) = -10.502$, $p < .001$, pelo que, torna-se fundamental que os enfermeiros dos CSP coadjuvem as figuras parentais no progresso da prevenção de maus-tratos e de uma parentalidade positiva, centrando-se nas suas potencialidades, tendo em conta os seus pontos fortes e as suas particularidades bem como no desenvolvimento da própria criança (Sousa, 2016).

Neste entendimento, os CPS são um pilar na busca de oportunidades para a prevenção, identificação e intervenção precoce de problemas de saúde, pelo que coloca em evidência o efeito positivo desta intervenção nos pais, como podemos observar na tabela 3.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pré-formação	4	24	15,04	5,159
Pós-formação	16	24	23,30	1,576

Tabela 3– Estatísticas descritivas

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

A melhoria de conhecimentos foi mais evidente nos homens (9.0 vs .815), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(44) = -0.360$, $p = .720$.

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Perguntas	8,15	5,40	9,00	5,21	.720

M – Média DP – Desvio padrão

Tabela 4 – Melhoria e género

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

A melhoria de conhecimentos foi mais evidente nos sujeitos casados ou em união de facto (8.52 vs .7.73), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(44) = -0.462$, $p = .646$.

	Solteiro		Casado/união		Sig.
	M	DP	M	DP	
Perguntas	7,73	5,39	8,52	5,37	.646

M – Média DP – Desvio padrão

Tabela 5 – Melhoria e estado civil

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

A melhoria de conhecimentos em função do nível de escolaridade foi estatisticamente significativa, $F(2, 43) = 4.839$, $p = .018$. O teste de comparação múltipla à *posteriori* indica que a diferença na melhoria entre os participantes com o ensino superior e os com o 3º ciclo ou menos foi significativa ($p = .022$), sendo que foi mais evidente nos sujeitos com o 3º ciclo ou menos (10.07 vs 4.85).

	≤ 3º ciclo		Ens. secundário		Ens. superior		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Perguntas	10,07	5,75	9,22	4,73	4,85	4,27	.018*

M – Média DP – Desvio padrão * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabela 6 – Melhoria e escolaridade

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

Este resultado coaduna-se com os autores Martins e Almeida (2017), que defendem que os CSP abrangem uma tipologia de pais mais diversificada e que esta particularidade poderá ter um impacto significativo na comunidade. Portanto, as intervenções realizadas em contexto de saúde pública, oferecem aos enfermeiros a hipótese de envolver mais os pais, recorrendo a metodologias de intervenção muito diferenciadas, em comparação com outros profissionais em situação comunitária. Os estudos demonstram que os pais confiam nas recomendações destes profissionais, acabando por ser interlocutores nestas decisões. Logo, pode-se considerar que estes profissionais estabelecem uma posição privilegiada, no que concerne ao acompanhamento baseado numa parentalidade positiva (Foy, 2010; Reid et al., 2013; Reijneveld et al, 2008; Taylor et al, 2017).

Podemos assim considerar, que os pais/EE compreenderam e retiveram a informação transmitida pelo enfermeiro.

Relativamente à questão “**Sabe o que é parentalidade positiva?**”, os scores permitem demonstrar a dimensão crescente de conhecimento adquirido por parte dos pais/EE. Inicialmente o número de respostas corretas era de 47,8% e no final da formação atinge os 100%. Estes resultados estão em concordância com o estudo de Martins e Almeida (2017), pois é neste papel ativo de enfermagem na assistência à saúde, que sobressai a oportunidade para intervir junto dos pais, no sentido de os capacitar, fornecendo-lhes ferramentas para um exercício de uma parentalidade positiva, como também se pode verificar estes dados nas tabelas seguintes.

Pré-formação		Pós-formação		
		Errada	Certa	Total
	Freq.	1	27	28
Errada	% Antes	3,6%	96,4%	100,0%
	% Depois	50,0%	61,4%	60,9%
	Freq.	1	17	18
Certa	% Antes	5,6%	94,4%	100,0%
	% Depois	50,0%	38,6%	39,1%
	Freq.	2	44	46
Total	% Antes	4,3%	95,7%	100,0%
	% Depois	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 7- Parentalidade positiva

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

	Errada		Certa		Sig
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	23	57,5%	17	42,5%	.380
Masculino	5	83,3%	1	16,7%	
Habilitações					
≤ 3º ciclo	12	80,0%	3	20,0%	.023*
Ens. secundário	12	66,7%	6	33,3%	
Ens superior	4	30,8%	9	69,2%	
Estado Civil					
Solteiro	11	73,3%	4	26,7%	.336
Casado/União	17	54,8%	14	45,2%	
Nr. filhos					
					.732
1 filhos	12	66,7%	6	33,3%	
2 filhos	12	60,0%	8	40,0%	
≥ 3 filhos	4	50,0%	4	50,0%	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tabela 8- Parentalidade positiva (Pré-formação)

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

	Errada		Certa		Sig
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	2	5,0%	38	95,0%	1.000
Masculino	0	0,0%	6	100,0%	
Habilitações					
≤ 3º ciclo	0	0,0%	15	100,0%	.735
Ens secundário	1	5,6%	17	94,4%	
Ens superior	1	7,7%	12	92,3%	
Estado Civil					
Solteiro	0	0,0%	15	100,0%	1.000
Casado/União	2	6,5%	29	93,5%	
Nr. filhos					
					.359
1 filhos	0	0,0%	18	100,0%	
2 filhos	2	10,0%	18	90,0%	
≥ 3 filhos	0	0,0%	8	100,0%	

Tabela 9 - Parentalidade positiva (Pós-formação)

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

Podemos verificar que o valor obtido quanto ao número de filhos influenciou o número de respostas corretas quanto a questão da parentalidade positiva antes da formação.

		Errada		Certa	
		N	%	N	%
Nrº Filhos	1	12	66,7%	6	33,3%
	2	12	60,0%	8	40,0%
	3	3	60,0%	2	40,0%
	4	0	0,0%	1	100,0%
	5	1	50,0%	1	50,0%

Tabela 10 - “sabe o que é a parentalidade positiva?” (Pré-formação)

Fonte: Elaboração da própria mestranda

O número de respostas erradas na pós- formação diminui na pergunta “Sabe o que é a parentalidade positiva?”

		Errada		Certa	
		N	%	N	%
Nrº Filhos	1	0	0,0%	18	100,0%
	2	2	10,0%	18	90,0%
	3	0	0,0%	5	100,0%
	4	0	0,0%	1	100,0%
	5	0	0,0%	2	100,0%

Tabela 11 - “sabe o que é a parentalidade positiva?” (Pós-formação)

Fonte: Elaboração pela própria mestranda

Este acompanhamento, foi identicamente demonstrado pelos resultados deste estudo, pois o número de respostas corretas aumentou depois da sessão de educação para a saúde relativamente à última questão do questionário “**Considera que a parentalidade positiva pode ser uma maneira de prevenção de maus-tratos?**”, passando de 39.1% de respostas corretas para o valor expressivo de 95.7% no final da formação.

Os resultados apontam para o crescente nível de conhecimento dos pais em relação à parentalidade positiva, espelhando a relevância do tema e o empoderamento para práticas adaptadas no desenvolvimento dos seus filhos. Podemos afirmar que no presente, existe uma evolução na área da parentalidade, como? Comparando os resultados do presente estudo

com estudos mais antigos, estes demonstram que práticas punitivas estavam bastante presentes na comunidade, o que levavam a maus-tratos, não havendo sensibilidade para esta temática (Machado et al., 2004).

Na realidade portuguesa segundo Martins & Almeida (2017) verifica-se a carência de programas que promovam as relações pais-filhos, visando em competências parentais positivas, na melhoria de conhecimentos e níveis de confiança no papel parental. No entanto, tem vindo a aumentar a preocupação e a perceção da necessidade de desenvolver intervenções que apoiem as famílias.

A ausência de intervenções foi, igualmente referida pelos participantes no questionário de avaliação da sessão. Na pergunta aberta, relacionada com sugestões e comentários, existiram várias respostas que realçam a necessidade de haver mais formações relacionadas com este tema, tais como: “Mais iniciativas destas para ajudar os pais nesta tarefa tão difícil que é educar as crianças”; “Deviam existir mais formações neste âmbito a nível escolar”; “Assunto muito interessante e que deve ser abordado mais vezes”; “Deveria haver mais formações como esta para nos ajudar com os nossos meninos”.

Deste modo, podemos considerar, que os pais após a realização da sessão de educação para a saúde, sentem a necessidade de mais oportunidades de formação e sensibilização, expressando inequivocamente a vontade de adquirir no futuro mais sessões em relação aos conteúdos ministrados, existe, pois, um repto aos profissionais de saúde. Assim, é importante difundir de forma mais efetiva medidas que ajudem os pais a desenvolver as suas capacidades, contribuindo para uma prevenção de maus-tratos, cabendo às instituições e aos profissionais de saúde definir estratégias que operacionalizem os objetivos de intervenção com famílias (Martins & Almeida, 2017).

5.8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma de atividades possibilita organizar um projeto e verificar se foram desenvolvidas todas as etapas do mesmo permitindo ainda efetivar o tempo previsto para a sua realização (Schneider & Flach, 2017).

Segundo Imperatori e Giraldes (1982, p. 118), o cronograma apresenta “(...) duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc) e nas ordenadas as atividades que formam o projeto.”

Deste modo, o cronograma elaborado foi cumprido e as atividades planeadas foram concretizadas num período determinado como podemos ver no quadro seguinte:

ANO	2022												2023				
	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro		Fevereiro		
Atividade\semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação																	
Determinação de prioridades																	
Fixação de objectivos																	
Seleção de estratégias																	
Preparação operacional																	
Execução																	
Avaliação e divulgação dos resultados																	

Quadro 4 – Cronograma de atividades

Fonte: Elaboração pela própria mestrandia

5.9 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Este projeto de intervenção comunitária foi realizado no âmbito académico, não tendo qualquer tipo de financiamento.

Os recursos humanos presentes são os colaboradores do projeto (investigadora principal e orientadora clínica). Assim, efetuamos um cálculo das horas necessárias e apresentámos uma estimativa até ao término do projeto.

Relativamente aos recursos materiais necessários para a realização do projeto foram custeados pela enfermeira mestrandia, tal como as deslocações, que foram efetuadas em viatura própria, da mesma.

Procede-se de forma detalhada o seguinte orçamento, explanado no quadro nº2.

Descrição	Quantidade	Custo unitário	Custo Total
Esferográficas BIC Cristal Soft, ponta média, corpo azul	2 embalagem (4 unidades)	1,99€	3.98€
Papel multiusos Staples	2 resma	2,40€	4,80€
Toner impressora	1 unidade	25,99€	25,99€
Pen-drive	1 unidade	11,69€	11,69€
Deslocações e transporte	250 Km	0.36 €	90€
Enfermeira	173h	15€/h	2.595€
Enfermeira Supervisora	20h	15€/h	300€
Total: 3031,31€			

Quadro 5– Previsão orçamental do projeto

Fonte: Elaboração pela própria mestrandia

5.10. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A divulgação de um projeto deverá ser adequada à sua população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1982). Assim, este projeto tendo em conta a população alvo, as crianças e pais/ EE que frequentam os JI definidos, a divulgação dos mesmos foi feita através dos educadores de infância e com o apoio da página de Facebook do agrupamento escolar.

Os meios de comunicação utilizados foram na maioria através do e-mail de uma carta convite (Apêndice VII) e exposição de cartazes de apresentação das sessões nos locais (Apêndice VIII).

Em contexto académico, realizámos um artigo científico original com os dados obtidos através dos questionários na apresentação das sessões de educação para a saúde aos pais/ EE que pretendemos que seja publicado numa revista nacional de cariz científico (Apêndice IX).

6. AVALIAÇÃO

A avaliação é a sexta e última etapa da metodologia do Planeamento em Saúde. Para Imperatori e Giraldes (1982, p.127) “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir”. A avaliação como última etapa, está interligada com a fase inicial do processo de planeamento em saúde, tendo como objetivo melhorar programas e orientar a distribuição de recursos através das informações dadas pela experiência (Imperatori & Giraldes, 1982).

Foram definidas e implementadas diversas intervenções durante o período de estágio, tendo estas como objetivo geral contribuir para a prevenção de maus-tratos na primeira infância. Como forma de atingir este objetivo, foram realizadas diversas intervenções com metas e indicadores bem definidos, que serão replicados pela equipa de enfermagem da saúde escolar para continuar a promover mudanças de comportamentos a longo prazo.

Deste modo, passando ao processo de avaliação do projeto de Intervenção Comunitária, procedeu-se a avaliação de indicadores, com a perspetiva de verificação se as metas estabelecidas para os objetivos específicos foram atingidas como pode ser visualizado no quadro seguinte.

“Prevenção dos maus-tratos infantis- Crescer com Amor, não com Dor”

Objetivos Específicos	Metas	Indicador	Resultado	Avaliação
Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos a 40% dos pais dos JI de uma freguesia do concelho de Oeiras até janeiro 2023	100% das ações educativas sobre prevenção de maus-tratos na primeira infância	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões programadas}} \times 100\%$	$(2/2) \times 100\% = 100\%$	Atingido
	40% da população alvo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$	$(46/98) \times 100\% = 46,98\%$	Atingido
	70% de satisfação com a sessão de educação para a saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$	$(46/46) \times 100\% = 100\%$	Atingido
Avaliar o conhecimento a 90% dos pais sobre Maus-tratos na primeira infância	90% de respostas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas dos presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de pais presentes na sessão}} \times 100\%$	$(46/46) \times 100\% = 100\%$	Atingido
	30% dos pais responderam corretamente	$\frac{\text{Aumento do N}^\circ \text{ de respostas corretas}}{\text{N}^\circ \text{ de respostas totais (antes e após ação)}} \times 100\%$	$(23/24) \times 100\% = 95,8\%$	Atingido
Envolver a equipa da USF da área de intervenção sobre a prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância	50% Participação da equipa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$	$(9/13) \times 100 = 69,2\%$	Atingido
	70% satisfação da equipa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$	$(9/9) \times 100 = 100\%$	Atingido
Sensibilizar as crianças sobre maus-tratos na primeira infância	80% de Participação das crianças	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de convocados para cada sessão}} \times 100\%$	$(80/98) \times 100\% = 86,7\%$	Atingido
	70% satisfação das crianças	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que avaliam satisfatoriamente}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100\%$	$(78/80) \times 100\% = 97,5\%$	Atingido

Quadro 6- Avaliação da implementação do projeto

Fonte: Elaboração pela própria mestrand

7. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DOS ESTÁGIOS

No decorrer do estágio foram desenvolvidas uma variedade de atividades comportamentais para a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção em situações de risco, incluindo maus-tratos infantis. No período dos dois estágios, a mestranda participou e integrou diversas atividades, distintas do projeto, das quais se destacam:

Colaboração na CPCJ do município, ao nível de reuniões restritas da equipa e reuniões alargadas à comunidade. Sendo que, a CPCJ é uma entidade que tem como objetivo proteger os direitos e interesses das crianças e jovens em situação de perigo ou risco, de acordo com a legislação vigente em Portugal. Na modalidade restrita, a CPCJ realiza ações de aconselhamento, encaminhamento, mediação, apoio e acompanhamento da família, com o objetivo de prevenir ou resolver problemas que possam afetar o bem-estar e o desenvolvimento da criança ou jovem. A CPCJ pode, igualmente, estabelecer medidas de apoio junto à família, sem a necessidade de retirar a criança ou jovem do seu meio familiar.

Na modalidade alargada, a CPCJ pode ainda solicitar a intervenção de outras entidades ou instituições, como a polícia, o Ministério Público ou serviços de saúde, Câmara Municipal, o Instituto de Segurança Social, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o Ministério da Educação, IPSS's, tanto residenciais como não residenciais, as associações de pais, de jovens e Desportivas, Culturais ou recreativas, com o objetivo de garantir a proteção adequada da criança ou jovem em situação de perigo. Estas articulações tornam-se também importantes para a criação de projetos de prevenção ou para o desenvolvimento de outro tipo de respostas sociais. Salientamos que, nesta modalidade tivemos contacto e conhecimento com muitos dos parceiros da comunidade, tornando-se uma mais-valia no âmbito profissional, já que o contexto laboral da mestranda coincide com esta comunidade e não menos importante, uma mais-valia face ao projeto de intervenção comunitário desenvolvido.

A participação assídua na CPCJ foi, de facto, uma experiência enriquecedora e desafiadora. Essencialmente porque é uma entidade que lida com situações de proteção de crianças e jovens em risco, muitas vezes envolvendo casos sensíveis e delicados, como abuso, negligência, violência doméstica ou problemas de saúde mental. Como membro de uma CPCJ, em parceria com a minha orientadora de estágio, a mestranda vivenciou a responsabilidade na tomada de decisões, fulcrais e essenciais, já que alteraram a vida e o bem-estar de crianças e jovens.

A natureza dos casos tratados era preocupante, sendo inquietante envolver sempre crianças e jovens em risco e perigo. A tomada de decisão foi sempre difícil e desafiante ao contactar com situações complexas, mas a sensação de realização pessoal quando o bem-estar das crianças e jovens era garantido, foi significativamente compensatório. Este foi um caminho trilhado com muitos sentimentos e emoções, mas que essencialmente nos ajudou a crescer como profissionais, mais despertos ainda para a identificação de situações de risco e perigo, inerentes às crianças e jovens, com quem lidamos diariamente na nossa prática diária.

No período de Estágio de Enfermagem Comunitária I, a mestranda integrou os projetos de intervenção domiciliária desta UCC no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Participação e integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Estes cuidados são centrados em pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença. Estas visitas foram efetuadas conjuntamente com a equipa de enfermagem da UCC.

No decurso dos estágios, a mestranda colaborou na vacinação contra a gripe e Covid-19 em contexto domiciliário e nos lares do município. A vacinação tem como objetivo o intuito de salvar vidas, prevenir o surgimento de doença grave e das suas consequências através da redução da mortalidade, número de internamentos e da diminuição dos surtos, sobretudo nas populações mais vulneráveis. Toda esta atividade foi positiva e gratificante essencialmente porque constituíram momentos privilegiados de educação para a saúde.

Tendo em conta as orientações do PNSE e do Programa Nacional para a Diabetes, a mestranda participou na elaboração de Planos de saúde individual (PSI), intervindo no âmbito da saúde escolar de uma criança com Diabetes Mellitus tipo 1 e de outra criança com necessidades especiais, com traqueostomia e alimentação por Gastrostomia Endoscópica Percutânea [PEG]. Em simultâneo, colaborou nas sessões de educação para a saúde dos temas supracitados para docentes e não docentes das escolas frequentadas por estas crianças, com conteúdos fundamentais para melhorar o acompanhamento destas.

A mestranda colaborou com o NACJR, sendo este um serviço que integra a rede de proteção social e tem como objetivo identificar, prevenir e intervir em situações de risco e violência contra crianças e jovens, visando ainda proteger o bem-estar e garantir um desenvolvimento saudável. Este, é composto por equipas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos e docentes para uma abordagem mais integrada. A prestação de enfermagem no NACJR é abrangente, incluindo diversas atividades como a avaliação do estado de saúde físico e emocional de crianças e jovens em risco e de promoção da saúde, esclarecendo orientações sobre hábitos de vida saudáveis. A educação para a saúde funciona como uma estratégia importante para capacitar as famílias, bem como as crianças e jovens. Pelo que, o contacto com o NACJR tornou-se essencial para a

ponderação e elaboração do nosso projeto, já que, nos permitiu conhecimento e acesso privilegiado à comunidade, que coincidentemente é alvo da nossa atividade profissional, identificando assim mais facilmente as situações de risco.

A mestranda participou em atividades formativas, desenvolvidas na área de formação do âmbito do estágio, nomeadamente:

- Participação na apresentação do **“Estudo Sociológico de Caracterização da População Jovem do Concelho de Oeiras e as suas Dinâmicas”**, no auditório da Escola Secundária Camilo Castelo Branco, no dia 23 de maio de 2022;
- Workshop “conversas sobre saúde mental e tecnologias – 1ª infância à adolescência” realizado online no dia 12 de outubro de 2022;
- Formação sobre **“Alergia Alimentar na Escola”** realizado online no dia 14 de outubro de 2022 (Anexo IV);
- Formação de “Maus-tratos/abusos na infância – Conhecer sinais para melhor proteger” realizado online no dia 2 de novembro de 2022;
- Participação no **“VII Encontro Unidade Coordenadora Funcional do São Francisco Xavier”**, realizado no auditório académico do Hospital São Francisco Xavier, no dia 24 de novembro de 2022;
- Participação no Seminário Internacional- **“Sono- a base da saúde e educação”** realizado on-line nos dias 16-17 de dezembro de 2022;
- Participação na apresentação da sessão de educação sobre **“Sexualidade responsável”** no dia 9 de janeiro de 2023, no Auditório da Escola Secundária Sofia Melo Breyner;
- Participação sobre **“Stop Bullying”** no dia 13 de janeiro de 2023 na Escola Amelia Rei Colaço;
- Participação na formação **“Saúde Mental para Enfermeiros”** na sala de reuniões da UCC no dia 15 de dezembro de 2023 (Anexo V).

III ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), os CSP tem assumido uma dimensão cada vez mais importante e valorizada na assistência ao nível de saúde de uma comunidade, tanto no tratamento das doenças, como na importância da sua prevenção (OE, 2018).

Assim, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, são protagonistas na identificação e implementação de soluções para melhorar a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo a diversidade e o conhecimento a melhor forma de melhorar os cuidados de saúde e a enfermagem (OE, 2019).

Acreditamos que, seguir um percurso formativo unificado através dos estágios de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública I, bem como o estágio final, foi um fator crucial que impactou positivamente a formação de EEECS. Essa abordagem permite que se adquira e fortaleça conhecimentos, obtendo no mesmo sentido competências do título de EEECS e Grau de Mestre em Enfermagem.

Este capítulo tem como objetivo realizar uma análise reflexiva e crítica sobre as competências dos enfermeiros especialistas na prestação de cuidados de saúde no âmbito da EEECS. Iremos centrar-nos em três aspetos fundamentais, as competências comuns da própria EEECS, as competências específicas exigidas para a EEECS e as competências esperadas dos enfermeiros de nível de mestre.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Porque a definição de competência é análoga a diferentes áreas do conhecimento, incluindo enfermagem, Camelo e Angerami (2013), sugerem que reforço da competência corresponde a um processo de mudança no indivíduo, que inclui a dimensão do saber (conhecimentos), competência (habilidades), do saber-ser (atitudes e comportamento) e saber- aprender (desenvolvimento) numa constante atualização e adaptação. Os autores afirmam que todo esse conhecimento é fundamental para que o enfermeiro tenha conhecimento transferível, ou seja, a interação entre esse conhecimento e a adaptação ao contexto da prática clínica.

O Regulamento de Competências Comuns para Enfermeiros Especialistas (OE,2019) prevê, que sejam adquiridas um conjunto de habilidades compartilhadas por todos os

enfermeiros, que apoiem a prática clínica. Estas, encontram-se divididas em quatro domínios que passamos a descrever em baixo especificamente:

- **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Sujeitos à responsabilidade profissional, ética e legal, a mestranda adotou sempre uma postura profissional e ajustada durante os estágios, respeitando os princípios éticos, o código deontológico profissional, garantindo sempre o respeito pelos direitos humanos. Todos os processos de tomada de decisão foram apoiados e baseados em conhecimento, com participação ativa dos parceiros participantes do projeto. As decisões foram tomadas de forma consciente e racional no decorrer do trabalho em equipa. Com base neste pressuposto, foram mobilizados conhecimentos e experiência dos stakeholders, para habilidades necessárias à tomada de decisão ética, o que permitiu reforçar opções de estratégias durante toda a fase do projeto.

Foi também assegurado o respeito à individualidade, privacidade e anonimato, nomeadamente na aplicação de questionários aos pais/EE. Estes foram aplicados de forma consciente, livre e sem qualquer coerção à população a que se destinaram. Recorremos a uma abordagem prévia na sessão de educação para a saúde, para explicar o problema e a importância do seu diagnóstico, mas não a tornamos obrigatória, garantindo uma participação na ordem dos 47% da população alvo.

Similarmente as aprendizagens resultantes das unidades curriculares, nomeadamente “Epistemologia, ética e direito em enfermagem” foram a base teórica para fundamentarem a nossa ação. No âmbito desta unidade curricular, foi permitido elaborar um trabalho sobre “Morte medicamente assistida - dilemas para o enfermeiro”, sendo necessário fazer uma propedêutica da ação e questionar as implicações no enfermeiro, que princípios éticos/deontológicos iriam fundamentar a tomada de posição e a sua decisão em participar. Por isso, e perante a previsão de que possa vir a ser uma realidade, apenas através duma reflexão ética profunda, o enfermeiro poderá estar apto para enfrentar este desafio.

Com base nas considerações acima referidas, entendemos que a aquisição desta competência foi adquirida.

- **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com bons profissionais, tendo em conta os recursos disponíveis e alcançando a adesão e contentamento do cidadão, presumindo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, 2015). O mesmo despacho refere, igualmente que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem surgiram no ano 2001 e refletem essa necessidade e preocupação, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros.

As intervenções e cuidados de enfermagem foram centradas no utente e/ou população, tendo sido pautados por vários princípios, sendo a qualidade e a segurança do utente identificados como um princípio fundamental atendendo a individualidade da mesma. Importa, por isso, dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, nos sistemas de saúde (Plano Nacional para a Segurança-dos-Doentes 2021-2026 - despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro).

Sendo que, a noção de qualidade e segurança são conceitos interligados que funcionam em sintonia na prestação de cuidados, que foi objetivado no âmbito do ECCI e das intervenções de vacinação contra a Covid-19 para idosos residentes em lares, nas quais a mestranda participou.

Neste domínio, a mestranda cooperou com a equipa de enfermagem da UCC, mais concretamente no âmbito da Saúde Escolar e projetos existentes e implementando o nosso projeto comunitário. Contribuindo assim, para a melhoria dos serviços prestados pela unidade funcional de saúde e promoção da saúde em ambiente escolar. Estes resultados foram positivos, proporcionando à população alvo um maior grau de literacia sobre prevenção de maus-tratos, como constatamos nos questionários realizados pós formação.

Com a implementação deste projeto comunitário, a mestranda contribuiu de uma forma ativa para uma melhoria das práticas de qualidade centrados na população e comunidade, priorizando as crianças, seguidas dos pais/EE e por último na USF do local, garantindo assim que toda a comunidade pudesse estar envolvida na prevenção dos maus-tratos, acreditando assim, ser mais fácil uma contínua melhoria da qualidade.

Neste contexto, não podemos deixar de salientar a procura incessante de informação e o investimento na fundamentação teórica, no qual assentou este projeto, permitindo o alcance do devido sucesso.

Para finalizar este domínio, reforçamos a contribuição, mais uma vez, no processo de melhoria contínua de qualidade e segurança do utente, em parceria com a orientadora clínica, na elaboração de procedimentos de orientação clínica sobre prevenção de úlceras de pressão, controle de infeção e respetivas auditorias de qualidade.

Desta forma, a mestranda considera ter adquirido as competências.

- **Domínio da Gestão dos Cuidados**

a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

As competências na área da gestão dos cuidados abrangem “gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018). Estas capacidades traduzem não só a gestão de recursos humanos, como a gestão de equipamentos, materiais e instalações, assim como pela própria gestão de cuidados, tendo como meta a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Estas competências, no contexto dos estágios realizados, foram adquiridas pela observação e participação, favorecidas pela proximidade com a orientadora clínica, que desempenha cumulativamente funções de coordenação da UCC.

Neste sentido, no que diz respeito ao projeto de intervenção comunitária, a mestranda desenvolveu estratégias adequadas e condicentes com os recursos disponíveis, procurando garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Entendemos que a mestranda valoriza a mobilização dos recursos da comunidade, conduzindo o processo de utilização desses recursos, sem esquecer a integração dos meios disponibilizados pelas entidades que anteriormente apoiavam a comunidade.

Neste seguimento, no que se refere ao projeto de intervenção comunitária, foi notória a postura de liderança no desenvolvimento do projeto e de estratégias adequadas e compatíveis com os recursos existentes, procurando garantir a segurança e a qualidade dos cuidados. Foi realizado um trabalho em equipa com a UCC e com as respetivas instituições escolares, baseando-se nos distintos, mas interdependentes papeis e funções de cada membro da equipa, em que a motivação e o empenho sobressaíram em cada etapa do projeto.

Deste modo, consideramos pelo exposto ter desenvolvido e adquirido as competências deste domínio.

- **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;

É um dever ético e deontológico de cada profissional de saúde “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei nº 104/98).

Abordando o autoconhecimento e a assertividade, tornou-se indispensável, ter sempre presente as limitações enquanto pessoa e enfermeira, procurando sempre evoluir perante todas as dificuldades, procurando meios de resolução face a todas as contradições existentes.

A intervenção com crianças na faixa etária dos 3-6 anos, bem como com os respetivos pais/EE, revelou-se o maior desafio. Sendo que, neste contexto, a mestranda promoveu a busca de conhecimentos atualizados e cientificamente válidos, combinados com a concepção maternal (com descendente que já passou por essa faixa etária) sendo o suporte do enquadramento teórico, assim como a base para o desenvolvimento das intervenções planeadas e efetivas. O feedback transmitido pelos pais e pelas crianças foi bastante reforçador e gratificante, o que traduziu um retorno reconfortante face ao investimento.

Concomitantemente, a participação noutras atividades da UCC, possibilitou uma visão mais abrangente do trabalho realizado ao nível dos cuidados de saúde primários, o que permitiu a aquisição e mobilização de um maior número de conhecimentos. Desta forma, todas as experiências adquiridas durante a formação contribuíram, sem dúvida, para uma muito positiva e adequada auto percepção, ao nível individual e profissional.

De acordo com o apresentado, consideramos que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A prática da Enfermagem centrada na comunidade é baseada numa filosofia de prestação de serviços de Enfermagem que envolve a prestação de cuidados de saúde, pelo EEECS, através do diagnóstico e investigação dos principais problemas de saúde e ambientais da comunidade, da vigilância da saúde e da monitorização e avaliação do estado de saúde da comunidade e da população (OE, 2016).

O projeto “Prevenção dos maus-tratos infantis – Crescer com Amor, não com Dor, tornou possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, conforme disposto no artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018, publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018, que estabelece as seguintes competências:

a) O enfermeiro estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

Com o objetivo de avaliar o estado de saúde da população do concelho de Oeiras, efetuamos um diagnóstico de saúde da comunidade, que consistiu no primeiro passo do plano de intervenção da Metodologia em Planeamento em Saúde. A mestrandia analisou os fatores que influenciam o estado de saúde da população, determinando a ordem de importância da intervenção, ao nível da literacia em saúde sobre maus-tratos na primeira infância da comunidade escolar. Estabelecemos objetivos que foram considerados pertinentes, exequíveis e mensuráveis, de acordo com as prioridades definidas para potenciar a literacia em saúde das crianças e dos respetivos pais/EE.

Consequentemente foram delineadas estratégias de intervenção, objetivadas para a resolução dos problemas identificados, de forma a atingir os objetivos traçados. De acordo com a operacionalização e implementação do projeto, este foi monitorizado continuamente através da fixação de vários indicadores de atividade ou execução, com o objetivo de validar, otimizar ou reformular as intervenções realizadas.

b) Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades;

Esta competência foi igualmente validada através da implementação do projeto. Foram estabelecidas parcerias com a equipa pedagógica e com profissionais de saúde da comunidade. A capacitação da comunidade caracteriza-se pelo aumento e reforço de

competências dos seus grupos, para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos (Miranda & Loureiro, 2010).

Neste processo de capacitação de grupos e comunidades foram realizadas sessões de educação e formação para a saúde, habilitando a comunidade escolar. Procedeu-se a um empoderamento dos pais/EE, envolvendo a equipa da USF, através da promoção de uma cultura de prevenção de maus-tratos no âmbito da parentalidade positiva. Realçamos a dificuldade de adesão dos pais/EE quer por limitações de tempo associadas a responsabilidades familiares, quer profissionais. Estes constrangimentos foram contornados com a criação de estratégias para os motivar a aderir ao projeto de intervenção comunitária, e para isso, foram disponibilizados horários flexíveis e uma comunicação clara sobre a importância da participação dos pais na educação dos seus filhos, tornando assim, nosso objetivo exequível.

Neste entendimento, realçamos que a capacitação dos indivíduos os torna mais conscientes das ações promotoras de saúde. As estratégias selecionadas no âmbito da promoção e educação para a saúde foram ancoradas ao Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que estrutura e organiza toda a dinâmica de um processo de mudança, revelando-se essencial nesta fase.

c) Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde;

A Prevenção dos maus-tratos está contemplado no PNS e no PNSE como um eixo estratégico. Sendo que, o projeto de intervenção comunitária traduz e justifica a sua pertinência. Sendo adquirida, deste modo a competência referida.

Na elaboração do presente projeto, a mestrandia atendeu igualmente aos objetivos que integram o PLS do ACES LOO, visando em particular ganhos em saúde, através da sinergia de esforços entre os cuidados de saúde e os parceiros da comunidade para aumentar a literacia em saúde na comunidade.

Durante os períodos de estágios, fizemos parte da Equipa de Saúde Escolar, onde tivemos oportunidade de participar numa ação conjunta da UCC com o agrupamento de escolas da região, no projeto TEIP. Neste contexto, participamos em diversas reuniões multidisciplinares para discussão de situações de crianças em risco, sinalizadas pelos diversos docentes. Estabelecendo estratégias de atuação junto das crianças e respetivas famílias, de forma a promover uma abordagem integrada, assegurando a execução e o cumprimento de medidas e orientações prescritas, assim como monitorização de resultados.

d) Realiza e Coopera na Vigilância Epidemiológica de Âmbito geodemográfico.

Por último, mas não menos importante, esta alínea remete-nos para a mobilização e aquisição desta competência em toda a fase de diagnóstico de saúde da comunidade de Oeiras. Foram recolhidos dados de forma a caracterizar a população em estudo, assim como os dados epidemiológicos relativamente à temática, a nível mundial, nacional e local.

Durante o desenvolvimento dos estágios, a mestranda teve também a oportunidade de participar em atividades conjuntas da UCC. Especificamente com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em articulação com a DGS, no programa integrado na Childhood Obesity Surveillance Initiative [COSI] da OMS no controle da incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, produzindo dados comparáveis entre países europeus a cada 2-3 anos.

Em suma, o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e Estágio Final, foram basilares para a aquisição das competências específicas do EEECS. Todas as atividades realizadas foram fundamentais para a aquisição destas competências, obtendo assim o estado de proficiente.

3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Relativamente à atribuição do grau de mestre, no contexto do quadro legislativo português, as competências definidas encontram-se dispostas no ponto 1 do artigo 15º integrado no Capítulo III do Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162, que passamos a explicar:

a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto:4162).

Face à multiplicidade de situações podemos afirmar que foram desenvolvidos e aprofundados conhecimentos adquiridos em relação aos do 1º ciclo do ensino superior. Neste contexto, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária, permitindo integrar conhecimentos adquiridos neste 2º ciclo de estudos de uma forma sólida, estruturada, planificando e desenvolvendo um artigo científico. Os dados obtidos foram partilhados através de uma comunicação oral, ressaltando que este projeto tende a repercutir-se no tempo. A elaboração deste artigo científico original, bem como todas as comunicações das sessões de formação efetuadas em contexto académico, foram sem dúvida, os principais ganhos à atribuição do grau de mestre.

Realizou-se, igualmente, sessões de formação em sala de aula para os pais/EE, e para as crianças, tendo sido possível verificar a sua aceitação, interesse e participação pelo tema “Crescer com Amor, não com Dor”.

No decorrer do processo do projeto de intervenção comunitária a mestranda realizou reuniões com os vários parceiros na comunidade, com os agrupamentos de escolas, com os vários profissionais de saúde da equipa multidisciplinar da USF, mas também da UCC e com o conselho clínico do ACES, o que nos possibilitou comunicar de uma forma clara e sem ambiguidades a informação a públicos diversos.

Na nossa profissão de enfermagem, aprendida de forma independente e autónoma, temos conhecimento científico e habilidades para entender as pessoas, as suas famílias e comunidades em diversas situações. Acompanhamos as pessoas ao longo de suas vidas e aprendizagem contínua. Sendo que, ao abordarmos a educação em saúde na escola, constituímos um ponto de partida para capacitar a comunidade e colher frutos no futuro.

Na elaboração deste relatório, usufruímos da oportunidade de partilhar o que alcançamos, o conhecimento adquirido e o pensamento aplicado durante todo este processo. Em resumo, acreditamos ter alcançado todos os objetivos propostos para este estágio, com muito trabalho aplicado na comunidade, juntamente com parceiros envolvidos, podemos estabelecer novas metas para serem alcançadas com sucesso.

CONCLUSÃO

As crianças constituem um grupo particularmente vulnerável, exposto a diversos tipos de situações e perigos que podem facilmente integrar em situações de maus-tratos. Os maus-tratos infantis, são uma problemática social e de saúde pública que afeta crianças em todo o mundo. Através de uma revisão extensiva da literatura, foi possível compreender a complexidade dos maus-tratos infantis, incluindo as suas causas, consequências e formas de prevenção.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que os maus-tratos infantis são um fenómeno multifatorial, com diversas causas interdependentes, como fatores individuais, familiares, culturais e sociais. A violência emocional, física e sexual são formas comuns de maus-tratos. Estes abusos podem ter efeitos nefastos no desenvolvimento cognitivo, físico, emocional e social de uma criança, com um impacto profundo e duradouro no desenvolvimento da mesma.

Além disso, a pesquisa demonstrou-nos a importância de contribuir para a prevenção dos maus-tratos infantis, com a necessidade de intervenções que atuem em múltiplos níveis, desde a promoção da qualidade de vida das famílias até a implementação de políticas públicas que abordem as causas subjacentes da violência. É importante destacar que a identificação de situações de maus-tratos infantis nem sempre é fácil, na sua maioria quando identificados por terceiros, como profissionais da escola ou saúde, já a situação pode ter um impacto grave e duradouro no desenvolvimento da criança.

Durante a capacitação de grupos e comunidades, foram realizadas sessões de educação e formação em saúde para a comunidade escolar como crianças, pais/EE envolvendo equipe da USF, contribuindo para uma cultura de prevenção de maus-tratos infantis, através de uma abordagem positiva da parentalidade. Acreditamos que a capacitação das pessoas aumenta a consciencialização sobre a promoção da saúde. Para conduzirmos este processo de mudança, as estratégias selecionadas para a promoção da saúde e educação foram baseadas no MHP. Foi possível verificar junto dos pais/EE o aumento de conhecimento comparativamente ao antes e o pós formação, identificar junto dos pais a não identificação de maus-tratos na forma ativa, como a síndrome de Munchausen por Procuração e desvalorização dos maus-tratos na forma passiva. Foi demonstrado que houve um aumento de conhecimento e sensibilização das consequências dos maus-tratos, tal como identificação de áreas onde a informação e a educação podem ser melhoradas.

Sensibilizarmos as crianças foi muito gratificante, pois estas demonstraram muito interesse, mostrando-se um público-alvo importante na tomada de decisão sobre os maus-tratos. O saber reconhecer os maus-tratos, através de uma consciencialização vai contribuir para uma cultura de prevenção dos mesmos. Assim, ao educar as crianças, existe partilha do conhecimento adquirido com os familiares e amigos, ajudando também desta forma a promover uma cultura de prevenção.

Ao envolvermos a equipa da USF neste projeto, mostrou-se como uma mais-valia, pois a divulgação dos números obtidos no diagnóstico de situação de saúde de crianças vítimas de maus-tratos infantis, consciencializou a equipa para uma maior atenção na população de forma a sensibilizar e capacitar a importância de identificação, atuação precoce e a divulgação de uma parentalidade positiva.

Assim, podemos concluir com o presente estudo, que a estratégia de atuação para a saúde demonstra e confirma o impacto positivo da formação dos pais/EE na sua perceção relativamente aos maus-tratos e no construto de uma parentalidade positiva. Após a análise realizada, destacam-se áreas de vulnerabilidades e oportunidades, onde a interação entre a população-alvo e os profissionais de saúde contribuem para sinergias no envolvimento e responsabilidade dos envolvidos na procura de melhorias na saúde, geradas em um aumento do capital social em saúde.

No estudo, os resultados demonstram áreas de fragilidade, nomeadamente na literacia. Sendo que, os pais precisam de ter acesso a informações claras e compreensíveis para utilizar informação por forma a promover melhores escolhas, o que se repercutirá na ação. Por outro lado, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio de Saúde Pública, permitindo destacar o papel dos EEECS na vertente da educação para a saúde.

Estes resultados favoráveis, foram alcançados devido a uma ação coordenada de todos os participantes que reconheceram a necessidade de intervir nos problemas identificados. Deste modo, torna-se benéfico manter e expandir o projeto para outras comunidades, pelo EEECS contribuindo para obter benefícios em saúde de forma mais proficiente.

Esta vertente assistencial de cuidados mais próximos das pessoas, coloca os EEECS em particular destaque para responderem com maior satisfação e eficácia às reais necessidades dos pais no construto de uma parentalidade positiva.

Deste modo, este relatório ressalta a importância do engajamento de profissionais de diversas áreas, como saúde, educação, assistência social, justiça e políticas públicas, na prevenção e combate aos maus-tratos infantis. A consciencialização, a capacitação e a colaboração entre os diversos setores são essenciais para proteger os direitos e o bem-estar das crianças, e promover uma sociedade mais justa e segura para todas as crianças.

Perante o exposto, o presente relatório de estágio pretende alcançar os objetivos propostos pela Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, pelo que se aprovou a aplicabilidade do desenvolvimento do presente estudo, desenvolvendo competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, assim como, confirmar as condições necessárias à aquisição do grau de mestre.

Possibilitou-nos, ainda, como se depreende nesta fase, uma descrição e reflexão crítica, baseadas em evidência científica. A realização do mesmo, permitiu-nos desenvolver uma análise crítica acerca do processo de aquisição, desenvolvimento de competências de liderança, ampliação do conhecimento sobre a realidade comunitária, aprendizagem baseada em experiência, atuando em contextos comunitários e de saúde pública, como a capacidade de mobilizar recursos, trabalharmos em equipa interdisciplinar, envolver a comunidade e promover a participação ativa dos indivíduos e grupos na promoção da saúde. Deste modo, consideramos que foram atingidos os objetivos de aprendizagem, pretendidos com as unidades curriculares subjacentes à realização deste relatório.

No que diz respeito às dificuldades encontradas na elaboração deste trabalho, destacamos a dificuldade em obter a autorização do parecer da Comissão de Ética para a Saúde, que nos impediu a aplicação dos questionários aos pais/EE no tempo previsto. Ao longo deste percurso desde o início do curso de Mestrado em Enfermagem, até a elaboração final deste relatório, a mestranda enfrentou muitos desafios e dificuldades, que exigiram esforço e adaptação às diferentes realidades. No entanto, estas experiências foram fundamentais para estimular a resiliência, o crescimento pessoal e profissional da mestranda, originando novas competências, maior satisfação pessoal, melhores dinâmicas familiares, fomentando relações gratificantes e generosas e melhor desempenho.

Como nota final, é fundamental enfatizarmos que a complexidade dos maus-tratos infantis exige uma abordagem interdisciplinar e contínua, com a necessidade de mais pesquisas, políticas e práticas efetivas para enfrentar este grave problema social. Espera-se que este relatório de estágio contribua para uma compreensão mais profunda do tema e incentive ações consistentes para prevenir e combater os maus-tratos infantis, protegendo o direito de todas as crianças a uma infância saudável, segura, e feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-Lima, I. (2018). Promover a parentalidade positiva: o Triple P em Portugal. *Atas do VI seminário internacional cognição, aprendizagem e desempenho*. Instituto de Educação, Universidade de Minho. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117087/2/289945.pdf>
- Afonso, S. A. T. (2014). *Processos de resiliência, regulação emocional e perspetiva temporal: um estudo comparativo sobre adolescentes institucionalizados vítimas de maus-tratos familiares* [Master's thesis, Universidade Portucalense]. <http://hdl.handle.net/11328/938>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.) <https://doi.org/10.1037/0000271-000>
- Anica, A. & Freire-Raposo, S. (2017). *Crianças em risco. Um olhar multifacetado*. Universidade do Algarve, Faro. <http://hdl.handle.net/10400.1/10321>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV 2021 – Relatório Anual*. Gabinete de Apoio à Vítima de Oeiras. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas/2021/GAV_Oeiras_2021.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV 2021 – relatório Anual*. Gabinete de Apoio à Vítima. https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anual_2021.pdf
- Azevedo, M. (1997). *A teoria cognitiva social de Albert Bandura*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências. <https://webpages.ciencias.ulisboa.pt/~mdazevedo/materiais/ME&TES/Aprendiz02CognitSocial.pdf>
- Azevedo, M.C. & Maia, A.C. (2006). *Maus-tratos à criança* (1ªed). Climepsi editores.
- Badinter, E. (1986). *O amor incerto: história do pensamento maternal do século XVII ao século XX* (1ªed). Relógio D'Água.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>

- Barroso, R. G., & Machado, C. (2015). *Definição, dimensões e determinantes da parentalidade*. In F. M. C, Souto Vidigal. (1). *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*. (pp. 17 – 29). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/fundamentos-da-familia/>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83–96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Calheiros, M. M., & Magalhães, E., & Monteiro, Lígia., (2019). *Crianças em Risco e Perigo: contextos, investigação e intervenção - Vol. 5 (1ª ed)*. Edições Sílabo.
- Câmara Municipal de Oeiras. (2014). *Plano Municipal de Igualdade de Género 2014-2017*. <https://www.oeiras.pt/documents/20124/156985/Plano+Municipal+para+a+Igualdade+de+G%C3%A9nero+do+Munic%C3%ADpio+de+Oeiras.pdf/2409121a-2a75-5544-f557-1b0bbb339298?t=1615835510671>
- Câmara Municipal de Oeiras. (2018). *Diagnóstico Social de Oeiras*. [https://www.oeiras.pt/Diagnóstico Social do Concelho de Oeiras](https://www.oeiras.pt/Diagnóstico+Social+do+Concelho+de+Oeiras)
- Câmara Municipal de Oeiras. (2019). *Plano municipal de habitação de Oeiras 20/30*. <https://www.oeiras.pt/-/habitar-oeiras-o-que-%C3%A9-1>
- Câmara Municipal de Oeiras. (2022). *Estratégia e economia do concelho*. <https://www.oeiras.pt/estrategia>
- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (2), 552-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Camilo, C., & Garrido, M. V. (2013). Desenho e avaliação de programas de desenvolvimento de competências parentais para pais negligentes: Uma revisão e reflexão. *Análise Psicológica*, (3), 245-268. <http://dx.doi.org/10.14417/S0870-8231201300030003>
- Chaves, C., Coutinho, E., Nelas, P. A., Dionísio, R. M. T., & Cruz, C. M. (2020). Promoção da literacia para a não-violência e cidadania ativa ao longo do ciclo vital. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2 (19), 489-494. ISSN: 0214-9877. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1868>

- Comissão de proteção de crianças e jovens de Oeiras [CPCJ]. (2021). *Relatório de atividades 2021*. Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2021). *Estratégia Nacional para a Igualdade de Género, Cidadania e não discriminação (2018-2030)*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2018/07/Resol_Cons_Ministros_61_2018.pdf
- Cuartas, J., Weissman, DG, Sheridan, MA, Lengua, L., & McLaughlin, KA (2021). Corporal punishment and heightened neural response to threat in children. *Child Development*, 3 (92), 821-832. <https://doi.org/10.1111/cdev.13565>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). *Maus-Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS. https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-guia_maus-tratos_2-marco-2011-12h-pdf.aspx
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: DGS. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Duran, H. (1989). Planeamento da saúde. *Aspectos Conceptuais e Operativos*. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. Lisboa, 20-35.
- Faria, C., Camacho, I. M., Antunes, A. P., & Almeida, A. T. D. (2012). Promoção da parentalidade positiva: Estudo exploratório sobre a aplicação de um programa em contexto escolar. *Actas do II Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"*, 622-636. <http://hdl.handle.net/10400.13/290>
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5.ª ed). Loures: Lusociência.
- Foy, J. M., Perrin, J., & American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. (2010). Enhancing pediatric mental health care: Strategies for preparing a

- community. *Pediatrics*, 125 (Supplement 3), S75-S86. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0788D>
- Gomes, A. C. F. (2018). *Maus-tratos: a negligência parental e a proteção social dos menores- uma visão sobre as conceções do profissional* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/6630>
- Gomes, J. P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32(01), 84-91. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/5229>
- Haslam, D., Mejia, A., Sanders, M., & de Vries, P. (2016). Parenting programs (1 ed.). *Internacional Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. <https://eprints.gut.edu.au/131289/13/131289.pdf>
- Herbell, K., & Bloom, T. (2020). A Qualitative Metasynthesis of Mothers' Adverse Childhood Experience and Parenting Practices. *Journal of Pediatric Health Care*, 34 (5), 409-417. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.03.003>
- Hockenberry, M., Wilson, D., Cheryl, C. R. (2014). *WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (10ªed.). Elsevier. https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/Brasil/Downloads/22-10/E-sample_Wong%20Fundamentos%20Enfermagem%20Pedi%C3%A1trica-min.pdf
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2022). Censos 2021 Resultados Definitivos Principais Indicadores. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 9(2), 143-154. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90005-5)
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Community & Public Health Nursing* (1st ed.). Mosby.
- Landry, S. H., Zucker, T. A., Williams, J. M., Merz, E. C., Guttentag, C. L., & Taylor, H. B. (2017). Improving school readiness of high-risk preschoolers: Combining high quality instructional strategies with responsive training for teachers and parents. *Early Childhood Research Quarterly*, 40, 38-51. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.ecresq.2016.12.001>

- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., ... & Binns, H. J. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm074>
- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. (1999). Lei nº 147/99, de 1 de setembro. Diário da República, 1ª Série - Nº 204, pp. 4953-4958. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/147-1999-581619>
- Lotto, C. R., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2021). Maternal history of childhood adversities and later negative parenting: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 662-683. <https://doi.org/10.1177/15248380211036076>
- Loureiro, I & Miranda, N. (2019). *Promover a Saúde - Dos fundamentos à acção*. (3ª Edição). Almedina.
- Macana, E. C., & Comim, F. (2015). O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. *Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco*, 1, 34-48. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/fundamentos-da-familia/>
- Machado, C., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2004). Práticas educativas parentais e violência: Um estudo na região Norte. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia* (37-43) <http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/30939/1/Puni%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica%20de%20Machado%20e%20MGon%C3%A7alves-c%C3%B3pia.pdf>
- Magalhães, T. (2005). *Maus-Tratos em Crianças e Jovens* (4ª edição). Quarteto editora.
- Magalhães, T. (2020). *Violência e abuso: respostas simples para questões complexas* (ed. eletrónica). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1667-4>
- Martins, S. P., & de Almeida, A. M. T. (2017). Necessidades nos apoios à parentalidade: perceções e práticas dos profissionais de saúde. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (05), 278-282. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2760>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1.ª ed.). Lidel.

- Ministério da Administração Interna. (2020). *Relatório Anual de Segurança Interna [RAS]* <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-2021>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 128/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. [2016]. *Plano de atividades a desenvolver em 2016 - Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem Comunitária*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2016/PlanoActividades2016_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 428/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Patterson, G. R., & Oregon, E. (1982). A social learning approach, Volume 3: Coercive family process.
- Pender, N. (2011). *The Health Promotion Model – Manual*. (rev 5-2011). <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6.ª ed.). Pearson Education Limited
- Penha, M. (1996). *Crianças em Risco*. Direcção-Geral da Acção Social Lisboa- Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. https://www.seg-social.pt/documents/10152/51285/Criancas_risco/dc3e9df8-5a75-4556-aacf-07579a6770f3
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenemy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A

- randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 168(1), 16-24. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2919>
- Plant, D. T., Pawlby, S., Pariante, C. M., & Jones, F. W. (2018). When one childhood meets another—maternal childhood trauma and offspring child psychopathology: a systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(3), 483-500. <https://doi.org/10.1177/1359104517742186>
- Ponzetti, Jr., & James, J. (2016). *Evidence – Based Parenting Education: A Global Perspective* (ed). Routledge.
- PORDATA. (2023). PORDATA. Consultado a 6 de fevereiro de 2023. <https://www.pordata.pt/>
- Radbill, S. X. (1987). Children in a world of violence: A history of child abuse. In R. E. Helfer & R. S. Kempe (Eds.), *The battered child* (pp. 3–22). The University of Chicago Press.
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J., Wetmore, S., Jordan, J., ... & Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. *Family practice*, 30(1), 14-24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms051>
- Reijneveld, S.A, Meer, G., Wiefferink, C.H, & Crone, M.R (2008). Parents' concerns about children are highly prevalent but are often not confirmed by doctors and children's nurses. *BMC Public Health*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-124>
- Reis, V. J. O. (2009). *Crianças e jovens em risco:(Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)* [dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra: Portugal]. <http://hdl.handle.net/10316/11781>
- Ruiz-Zaldibar, C., Serrano-Monzó, I., & Mujika, A. (2018). Programas de competência dos pais para promover parentalidade positiva e estilos de vida saudáveis em crianças: uma análise sistemática. *Jornal de Pediatria*, 94, 238-250. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.019>
- Sanders, M.R. (2012). Desenvolvimento, avaliação e divulgação multinacional do Programa de Parentalidade Triplo P-Positivo. *Revisão anual de psicologia clínica*, 8, 345-379. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2018). How parenting influences the lives of children. In M. R. Sanders & T. G. Mazzucchelli (Eds.), *The Power of Positive Parenting. Transforming the lives of Children, Parents and Communities Using the Triple P System* (pp. 5–31). New York: Oxford University Press

- Sanders, M. R., & Prinz, R. J. (2018). Emergence of a population approach to evidence-based parenting support. In M. R. Sanders & T. G. Mazzucchelli (Eds.), *The Power of Positive Parenting. Transforming the lives of Children, Parents and Communities Using the Triple P System* (pp. 32-62). New York: Oxford University Press.
- Schneider, D., & Flach, P. (2017). Como construir um projeto de intervenção? Eixo dos instrumentos. *Portal de Formação à Distância*. <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf>
- Skinner, B. F. (1965). *Science And Human Behavior* (1^oed). Free Press.
- Sousa, D. S. N. D. (2016). Formação sobre parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in) formal dos profissionais [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa, Portugal]. <http://hdl.handle.net/10316/33378>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde. Cadernos de Formação* nº 2. (2 ed). Ministério da Saúde.
- Taylor, C. A., McKasson, S., Hoy, G., & DeJong, W. (2017). Parents' primary professional sources of parenting advice moderate predictors of parental attitudes toward corporal punishment. *Journal of child and family studies*, 26, 652-663. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0586-3>
- Unicef. (2016). *A fair chance for all children: The state of the world's children*. https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2016.pdf
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3^o edição). Edições Sílabo.
- World Health Organization [who] (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [who] (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- World Health Organization [who] (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children 2016*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356_por.pdf?ua=1

The world health organization [who] (2018). Engaging young people in health and sustainable development: strategic opportunities for the World Health Organization and partners.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274368/9789241514576-eng.pdf>

World Health Organization [who] (2019). *INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. World Health Organization.

file:///C:/Users/User/Downloads/INSPIRE_Handbook.pdf

World Health Organization [who] (2020). WHO global strategy on health, environment and climate change: The transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331959/9789240000377-eng.pdf>

APÊNDICES

**APÊNDICE I - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE A CRIANÇAS DOS 3-6 DE
DOIS JI DO CONCELHO DE OEIRAS**

PLANO DA FORMAÇÃO “PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA”

Título: Vamos Prevenir.

População-alvo: Crianças dos 3-6 anos

Objetivo geral:

- Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos as crianças do

Objetivos específicos:

- Contribuir para a prevenção de maus-tratos através de vídeos e de um jogo didático;
- Explicar quais os tipos de maus-tratos através de um vídeo;
- Distinguir bom toque de mau toque;
- Saber dizer que não;
- Distinção entre segredo bom e segredo mau;
- Saber identificar as partes íntimas do corpo humano e denunciar a quem, através de uma canção.

Datas no Jardim de Infância 11 e 12/01/2023

Hora: Dia 11 Grupo D e o grupo C – 9:30 min e 10:30 min

Dia 12 Grupo E, grupo B, grupo A – 09:30 min; 10:30 min; 11:30 min

local: Nas várias salas das turmas

Data no Jardim de infância 19/01/2023

Hora: 9:00 as 15: 00 h

local: Na Sala de reuniões

Duração prevista: 40 minutos

Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas de ensino	Meios Auxiliares de ensino	Duração
1.Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das formadoras • Apresentação do tema • Apresentação da metodologia • Apresentação dos objetivos 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 5 min
2.Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Formas de violência contra crianças • Prevenção do abuso sexual infantil • Aprender uma música: “Não pode tocar Não” • Jogar um jogo: “Vamos Prevenir” 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 30 min
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo e Ativo	Computador/ Datashow	+/- 5 min
4.Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do questionário de satisfação pelos formandos. 			

Apresentação de diapositivos



1



2



3



4



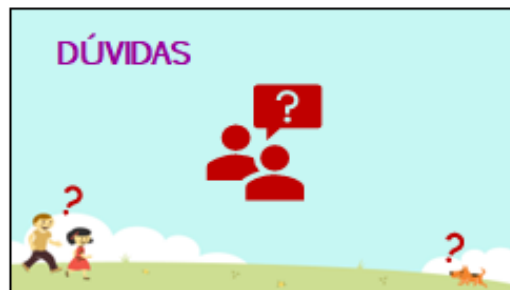
5



6



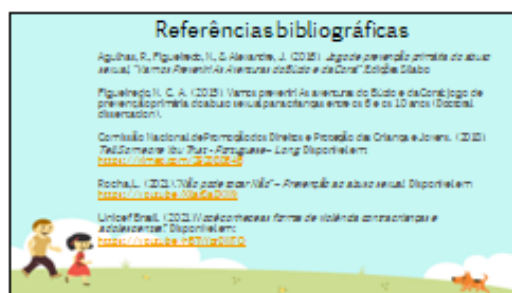
7



8



9



10

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Ação: Prevenção de maus-tratos na primeira infância

Hora: 9:30

Duração: 40 min

Local: Jardim de Infância [REDACTED]

Queremos saber se gostaste da apresentação. Pinta da cor que mais gostas a cara de acordo com a tua opinião.



Adorei



Gostei



Gostei Assim-Assim



Não Gostei



Não Gostei Nada

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Ação: Prevenção de maus-tratos

Hora: 10:30

Duração: 40 min

Local: Jardim de Infância [REDACTED]

Queremos saber se gostaste da apresentação. Pinta da cor que mais gostas a cara de acordo com a tua opinião.



Adorei



Gostei



Gostei Assim-Assim



Não Gostei



Não Gostei Nada



AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento.

Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

Eu, Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro, sou enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública II na Unidade Cuidados na comunidade [REDACTED] ACES Lisboa ocidental e Oeiras.

No âmbito deste estágio estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária crescer com Amor, não com Dor, na saúde escolar, na área da prevenção dos maus-tratos na primeira infância. Este visa contribuir para uma cultura de prevenção dos maus-tratos na primeira infância com crianças entre os 3-6 anos, com uma sessão de educação para a saúde com atividades didáticas a realizar durante o horário escolar.

A sua autorização para a participação do seu educando é de grande importância. A participação é voluntária, pelo que poderá ser interrompido a qualquer momento.

Caso não autorize assinale com "X" na opção "Não Autorizo" e devolva este documento à professora do seu educando.

Muito obrigada pela sua colaboração

Declaro que tomei conhecimento.

Assinatura do Encarregado de Educação

Não Autorizo







**APÊNDICE II - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AOS PAIS/EE DE DOIS JI DO
CONCELHO DE OEIRAS**

PLANO DA FORMAÇÃO “PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA”

Título: Prevenção de Maus-tratos na primeira infância.

População-alvo: Pais/ encarregados de educação do jardim de infância [REDACTED]

Objetivo geral:

- Promover uma cultura de prevenção dos maus-tratos a pais/encarregados de educação do jardim de infância [REDACTED]

Objetivos específicos:

- Descrever os diversos tipos de maus-tratos
- Explicar sinais e sintomas indicativos de maus-tratos
- Enumerar os meios de sinalização
- Contribuir para a prevenção de maus-tratos
- Explicar a importância da parentalidade positiva na prevenção de maus-tratos

Data: [REDACTED] **local:** Sala de reuniões do jardim de [REDACTED]
[REDACTED]

Duração prevista: 60 minutos

Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas de ensino	Meios Auxiliares de ensino	Duração
<p>1.Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das formadoras • Apresentação do tema • Apresentação da metodologia • Preenchimento do questionário sobre os maus-tratos (prévio) • Apresentação dos objetivos 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 10 min
<p>2.Desenvolvimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolução histórica • Fatores de risco • Tipos de maus-tratos – como identificar • Denunciar a quem? • Definição de parentalidade positiva • Parentalidade positiva como uma forma de prevenção 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 30 min
<p>3. Conclusão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão e partilha sobre os pais que queremos ser • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo e Ativo	Computador/ Datashow	+/- 15 min
<p>4.Avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do questionário sobre maus-tratos após a sessão concluída. • Preenchimento do questionário de satisfação pelos formandos. 			

Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde



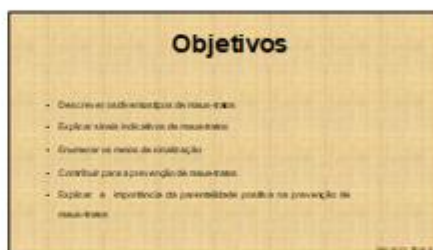
1



2



3



4



5



6

Sinais e sintomas relacionados de Abuso Sexual

Definição	Sinais e sintomas
O abuso sexual envolve sexualidade infantil e ocorre em qualquer idade, mas geralmente ocorre entre crianças e adolescentes em particular, em uma situação de exploração sexual de natureza física ou psicológica, com o objetivo de obter lucro ou vantagem sexual, ou de satisfação sexual, ou de satisfação psicológica.	<ul style="list-style-type: none"> Lesões externas nos órgãos genitais; Proteção dos órgãos genitais com roupas íntimas; Lesão anal ou do esfíncter anal ou outros; fístulas anais; Lesão na pele dos órgãos genitais; Prurido, dor de náusea ou regurgitação cíclica; Apresentar yúcupitiquin na mucosa oral e/ou na boca e/ou dentes; Lesão do bexiga; Lesão do esfíncter anal; Infecção do tracto urinário; Lesão do esfíncter anal; Condição visual; Depressão;

13

Sinais e sintomas relacionados de Síndrome de Munchausen por atendimento

Definição	Sinais e sintomas
O Munchausen por atendimento é caracterizado por uma síndrome de personalidade em que o indivíduo cria sintomas físicos ou psicológicos para obter atenção médica e hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> Admissão a cargo de atendimento médico para doenças não diagnosticadas; Admissão a cargo de atendimento médico para doenças de origem desconhecida; Prontidão para a realização de exames e procedimentos diagnósticos;

14

Sinais e sintomas relacionados de Negligência

Definição	Sinais e sintomas
A negligência ocorre quando o cuidador não presta a devida atenção e cuidado ao indivíduo, resultando em danos físicos, psicológicos e emocionais.	<ul style="list-style-type: none"> Lesões de negligência; Lesões de negligência em relação à saúde do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde psicológica do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde emocional do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde física do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde mental do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde social do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde cultural do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde espiritual do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde ambiental do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde comunitária do indivíduo; Lesões de negligência em relação à saúde global do indivíduo;

15



16

Negligência

É urgente combatê-la

As crianças precisam de cuidados e atenção para crescerem saudáveis e felizes. Não deixe nunca de olhar para o seu filho, acima de tudo.

17

CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS-TRATOS

Os maus-tratos infantis podem ter consequências graves e duradouras na vida das crianças e adolescentes.

18



19



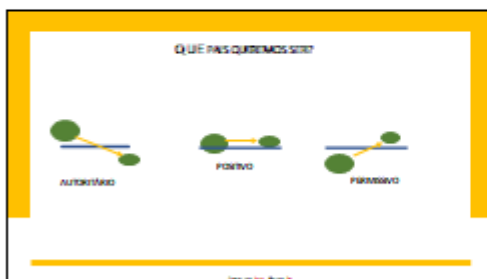
20



21



22



23



24

DICAS...

Consciencialização

1. "Como filho não agir?"
2. "Se a criança for pedida para fazer "dona"?
3. Quando a criança estiver a ser castigada, a mãe diz-lhe: "Sei que estás a ser castigado, mas não te dá nada, não te dá dor, não te dá nada!"
4. A criança responde: "Como é possível se não dá dor?"
5. "Não te dá dor, porque a dor não dá nada!"

Objetivos

1. "Como filho não agir quando está a ser castigado, ou castigado?"
2. "Se não é possível, depois de castigado?"
3. "Quando a criança não está a ser castigado?"
4. "Se não é possível, depois de castigado?"
5. "Se não é possível, depois de castigado?"

25

Dicas...

Consciencialização

1. "Como filho não agir?"
2. "Se a criança for pedida para fazer "dona"?
3. Quando a criança estiver a ser castigada, a mãe diz-lhe: "Sei que estás a ser castigado, mas não te dá nada, não te dá dor, não te dá nada!"
4. A criança responde: "Como é possível se não dá dor?"
5. "Não te dá dor, porque a dor não dá nada!"

Objetivos

1. "Quando a criança não está a ser castigado?"
2. "Se não é possível, depois de castigado?"
3. "Quando a criança não está a ser castigado?"
4. "Se não é possível, depois de castigado?"

26

Crescer com Amor. Não com Dor

Que pais queremos ser?

reflexão e partilha

27

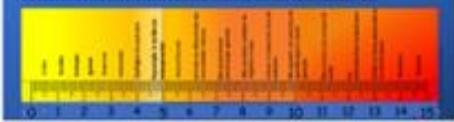
QUESTIONÁRIO FINAL



28

Consciencializómetro

Medida da consciência para com as crianças

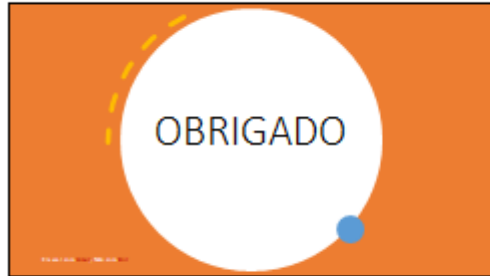


29

AValiação Formação



30



31



32

Questionário da Avaliação da Sessão de Formação - " Prevenção dos Maus-tratos na Primeira Infância "

O preenchimento deste questionário avaliativo é anónimo, tem como propósito avaliar a formação em que acabou de participar.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. 1. Avaliação da Formação *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Insuficiente	Médio	Bom	Muito bom
Interesse/utilidade do tema apresentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A apresentação foi clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os conteúdos apresentados foram bem estruturados e organizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A duração da apresentação foi adequada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O material de apoio era adequado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade do tema no dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **2. Avaliação do Formador ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Insuficiente	Médio	Bom	Muito bom
Clareza dos conteúdos abordados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Domínio do tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza nas intervenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoção e estímulo do debate e discussão com e entre os formandos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclarecimento de dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Os conteúdos abordados nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a prevenção de maus-tratos na primeira infância? *

Marcar apenas uma oval.

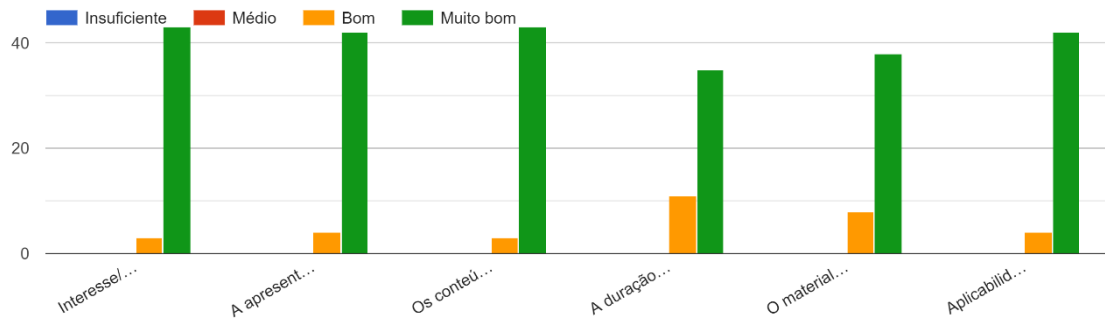
- Sim
 Não

4. Sugestões/ Comentários

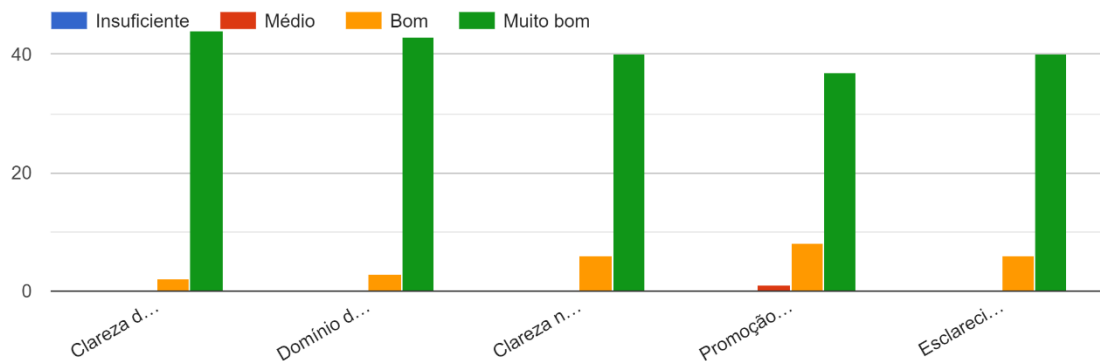
Obrigado pela colaboração

Resultados da Avaliação da formação

1. Avaliação da Formação

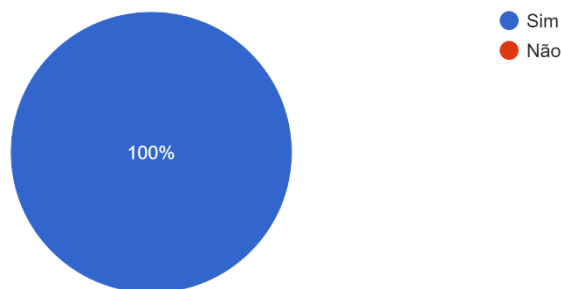


2. Avaliação do Formador



Os conteúdos abordadas nesta sessão de formação contribuíram para o aumento do seu conhecimento sobre a prevenção de maus-tratos na primeira infância?

46 respostas



Sugestões/ Comentários

9 respostas

Mais iniciativas destas para ajudar os pais nesta tarefa tão difícil que é o educar crianças

Gostei da parte de sensibilização quanto aos maus tratos e parentalidade positiva, pois não estava desperto para este tema

Deviam existir mais formações neste âmbito a nível escolar

O assunto muito interessante e que deve ser abordado mais vezes

Gostei muito desta formação, pois vai-me ajudar muito na educação do meu filho, inclusive a não recorrer a palmada e sim optar por uma via mais positiva

Achei esta formação muito importante e útil para o nosso dia a dia e esclarecedora de dúvidas de como tratar bem das nossas crianças, cujo a qual ajudar quem precisa de ajuda

Deveria haver mais formações como estas para nos ajudar com os nossos meninos

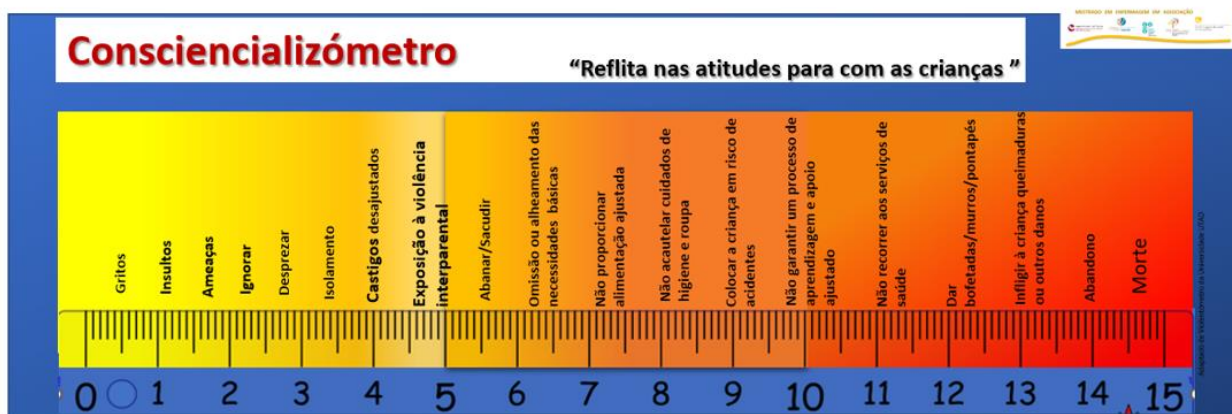
Gostei muito, obrigada!

Muito bom gostei, continuem a fazer estas formações em vários sítios e sempre que necessário. Parabéns a equipa estão a fazer um belo trabalho

Fotos da sessão dos pais/EE



Marcador para livro para cada participante



APÊNDICE III - SESSÃO DE FORMAÇÃO A USF LOCAL

PLANO DA FORMAÇÃO “PREVENÇÃO DE MAUS-TRATOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA” numa USF do Concelho de Oeiras

Título: Prevenção de Maus-tratos na primeira infância.

População-alvo: Equipa multidisciplinar da USF [REDACTED]

Objetivo geral:

- Envolver a equipa da USF da área de intervenção sobre a prevenção e despiste de maus-tratos na primeira infância

Objetivos específicos:

- Conhecer a situação epidemiológica da região relativamente aos maus-tratos infantis;
- Descrever os diversos tipos de maus-tratos;
- Aclarar os sinais indicativos de maus-tratos;
- Elucidar a articulação com as entidades competentes;
- Explanar a elaboração dos registos no programa S-Clínico
- Expor o Empoderamento parental através da parentalidade positiva na prevenção de maus-tratos

Data: 6/12/2022

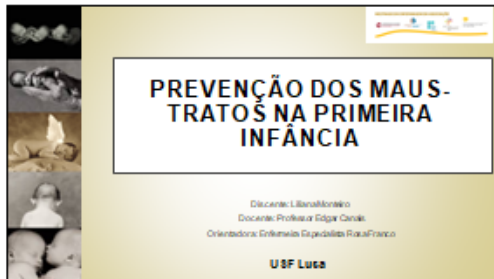
Hora: 13:30 H

Local: Sala de reuniões da USF [REDACTED]

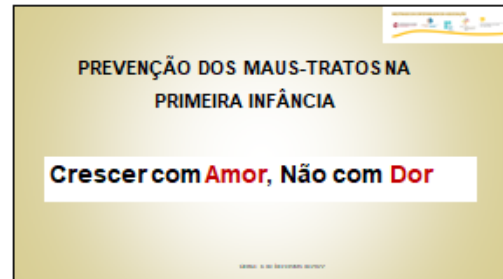
|

Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas de ensino	Meios Auxiliares de ensino	Duração
1.Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das formadoras • Apresentação do tema • Apresentação da metodologia 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 10 min
2.Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Evolução histórica • Conhecer a situação epidemiológica da região relativamente aos maus-tratos infantis • Fatores de risco • Tipos de maus-tratos • Como atuar perante os maus-tratos • Referenciar -registos no S-clínico • Consulta de saúde infantil-empoderamento parental através da Parentalidade positiva como uma forma de prevenção 	Expositivo	Computador/ Datashow	+/- 40 min
3. Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão e partilha • Esclarecimento de dúvidas 	Expositivo e Ativo	Computador/ Datashow	+/-10min
4.Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do questionário de satisfação pelos formandos. 			

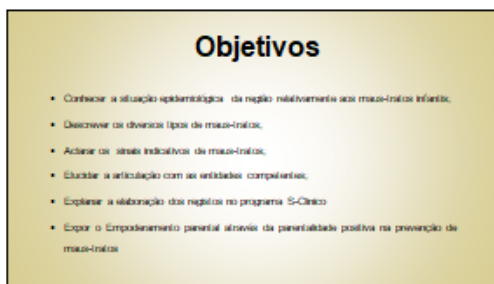
Diapositivos da Formação



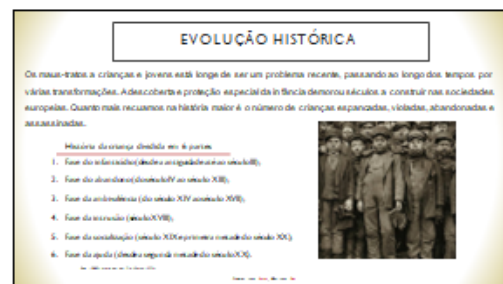
1



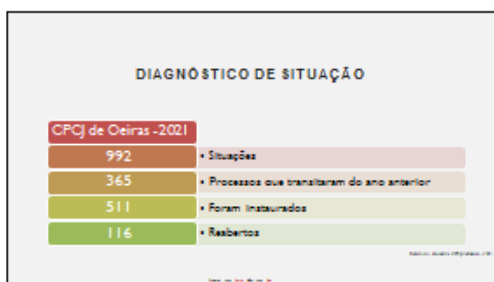
2



3



4



5



6

CONCEITOS CHAVE

- Maus-tratos são um fenómeno complexo e multifacetado, que originam dano real ou potencial à criança, provocando atrasos no desenvolvimento e atenta contra a sua dignidade.
- Risco: “de respeito à vulnerabilidade da criança/vítima” e perigo: “compreende a objetivação do risco”

7

FACTORES DE RISCO

Diminui respeito a qualquer tipo de infância, que aumenta a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos:

- Alcoolismo, toxicodependências, Persecução da unidade familiar ou física, anormalidade de comportamento deviantes
- Personalidade com traços psicopáticos, baixa inteligência, frustrações
- Falta de coesão familiar, diferenças ou ausência das responsabilidades
- Visão de Mundo com baixa tolerância com máximas exigências, Desemprego

Características dos pais

8

FACTORES DE RISCO

Características da Criança/vítima

- Vulnerabilidade em termos de idade e de desenvolvimento
- Personalidade e temperamento desajustados aos pais
- Proximidade e falta de um espaço físico, no qual o pai/mãe se sente confortável e seguro
- Gênero

Características do contexto familiar

- Dinâmica familiar: Família monoparental, com filhos de outros casamentos; Família com muitos filhos; Família com relações abusivas; História de violência no relacionamento conjugal; Problemas com a maternidade

Os fatores de risco por si só, não provocam a existência de maus-tratos; apenas indicam a probabilidade do seu aparecimento

9

TIPOS DE MAUS-TRATOS

- Ativos
 - Batidas
 - Fustigação
 - Sereno
 - Sedução de Manipulação por Persuasão
- Passivos
 - Negligência

10

Sínias e sintomas indicadores de Maus-tratos físicos

Definição	Sínias e sintomas
Os maus-tratos físicos entendem-se como todos os episódios físicos, intencionais ou não, que causam dor, lesão ou danos físicos, psicológicos, emocionais, sociais, cognitivos, educativos, físicos, morais e trabalhos, sempre intencionais e dolo.	<ul style="list-style-type: none"> Escoriações, hematomas, contusões, queimaduras e mordeduras físicas pouco comuns Síndromes de stress pós-traumático Alargamento da escarificação por prolongação das lesões Lesões provocadas por objetos ou armas Frituras provocadas por objetos, fontes de calor Frituras do lençol em lactentes Dano ou ausência de dentes decíduos ou permanentes, história relatada de trauma no período anterior ao da lesão pelo trauma e outros incidentes Períodos de desenvolvimento de lesões recorrentes TCA em crianças com idade inferior a 1 ano

11

Sínias e sintomas indicadores de Maus-tratos Psicológicos

Definição	Sínias e sintomas
O maus-trato psicológico é uma situação em que ocorre, mas não é de dolo. O dolo é intencional e compreende pelo menos de dolo e de realização de intencional intencional do estado de stress, que origina consequências para o desenvolvimento físico, mental, emocional, moral ou social. Pode ser motivado por atos de ameaça ou punição, humilhação, quebra de confiança e outros.	<ul style="list-style-type: none"> Episódios de angústia repetidos por períodos, com consequências emocionais, com origem no trauma Comportamentos agressivos e de autolesão Exatidão absoluta de validade dos relatos de stress Períodos de desenvolvimento de stress Alterações do sono e alimentação Claro isolamento ou privação de contacto Comportamentos de fuga recorrente Dificuldade na aprendizagem Incapacidade de ler

12

Sinais e sintomas indicadores de Abuso Sexual

Definição	Sinais e sintomas
O conceito abuso sexual são crimes cometidos em circunstâncias em que há abuso e perturbação de conduta sexual do perpetrador, seja através de violência ou através de coerção, ou através de manipulação psicológica. Este tipo de crimes pode ocorrer através de contacto físico ou através de comunicação sexual através de meios tecnológicos.	<ul style="list-style-type: none"> Lesões em áreas sensíveis genital; Presença de sangue no corpo do perpetrador; Lesões em áreas de contacto sexual (genitais, anais, etc.); Lesões em partes do corpo não genitais; Presença de sintomas de estigmatização sexual; Exposição a situações de risco sexual através de meios tecnológicos; Lesões do corpo; Isolamento social; Condição sexualizada; Depressão;

13

Sinais e sintomas indicadores de Síndrome de Munchausen por procaçação

Definição	Sinais e sintomas
O conceito Síndrome de Munchausen por Procaçação é quando um indivíduo doente se cria falsas histórias de doença através de relatos de sintomas de doença que não existem, com o propósito de obter atenção médica de terceiros. Este tipo de doença geralmente produz sintomas semelhantes a muitos tipos de doenças reais e complicações frequentes.	<ul style="list-style-type: none"> Admissão a vários hospitais consecutivos para procurar diagnóstico incorreto; Admissão a vários hospitais consecutivos com sintomas de doença; Presença de uma história de doença repetida antes de entrar no SI, associada com diagnóstico;

14

Sinais e sintomas indicadores de Negligência

Definição	Sinais e sintomas
O conceito por Negligência é a incapacidade de fornecer a criança e/ou a pessoa a qualidade de cuidados, educação, saúde, alimentação, higiene, vestimenta e/ou outras necessidades para a criança e/ou adolescente adequado.	<ul style="list-style-type: none"> Condição de higiene; Lesões não expostas em relação à idade da criança; Lesões em áreas de risco; Permanência no desenvolvimento e nos estágios de vida; Interrupção de programas de saúde infantil e de PDI; Interrupção e ausência de repetição; Absorção de parte da criança; Absorção de parte; Uma ausência de atenção por parte dos pais;

15

16

COMO ATUAR PERANTE OS MAUS-TRATOS?

Defender a criança/jovem e família é uma prioridade

- Potenciar e apoiar a família;
- Trabalhar em equipa multidisciplinar para garantir uma resposta adequada;
- Diagnosticar;
- Definir estratégias a longo prazo.

→ **Suporte**

17

O QUE É UMA SINALIZAÇÃO?

É uma referência de uma possível situação de maus-tratos por um profissional de saúde, a uma equipa multidisciplinar que irá efetuar uma investigação mais detalhada e consequentemente uma intervenção precoce para a criança/jovem em risco.

18

QUEM PODE/ DEVE SINALIZAR?

- Qualquer profissional de saúde pode identificar situações suspeitas dentro do SNS. Outros meios de avaliação e deteção de forma sistemática por qualquer cidadão ou profissional de saúde deve ter em conta a competência ou área da prática e profissão.
- A deteção de uma suspeita de maus-tratos a uma criança ou jovem suscitaram **dever cívico** e uma **responsabilidade por omissão** (artigo n.º 44.º a 7.º Lei n.º 13499 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo).

19

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A **consulta de vigilância de saúde infantil** consiste-se por um momento privilegiado para a avaliação do desenvolvimento da criança e estabelecer os melhores cuidados, ou situações de risco, possibilitando aos profissionais de saúde uma intervenção oportuna com a família com estratégias preventivas e promotoras de um bom desenvolvimento infantil e empoderamento parental, para sobre o melhor desempenho, quanto a promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (DSG2013).

20

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



Nas consultas de avaliação devem incluir informações sobre os direitos, identificação dos profissionais de saúde e informações dos pais sobre o exercício da parentalidade.

21

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



S-Clinico-Registo

22

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL



S-Clinico-Registo

23

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL - Empoderamento parental

Parentalidade Positiva

...é uma filosofia de vida que depende de **costumar** o **nosso filho**, de **respetarmos** o **seu estado**, de **estarmos plenamente presentes** com ele, também depende de **intencionalidade**.

24

PARENTALIDADE POSITIVA



VALORES DE PARENTALIDADE CONSCIENTE



DEFINIÇÃO DE INTENÇÕES



PROFUNDIDADE

25



26



27

DICAS PARA OS PAIS ...

Evite dizer:

1. "O que estás a fazer aqui?"
2. Se a criança lhe pede para brincar, "já não!"
3. Quando a criança estiver a fazer alguma coisa errada e lhe disser "Não, não! Não!" sempre a mesma coisa!
4. Anunciar brincarões: "Vai-te brincar ao brincarão!"
5. "Não se brinca, começa a estudar!"

Diga sim:

1. "O que estás a fazer agora, que quando brincares, brincares?"
2. "Dorme 5 minutos, depois brinca contigo!"
3. "Pega no papelinho e desenha!"
4. "São horas de arrumares os brinquedos!"
5. "Vai a estudar logo e quando deixares para brincar, brincares!"

28

NEGLIGÊNCIA



ALERTA

29

DICAS PARA OS PAIS ...

Evite dizer:

6. "Não me brinques, estou a trabalhar!"
7. "Deixa, como não faz nada!"
8. "O que estás a fazer aí?"

Diga sim:

6. "Quando terminares o trabalho, podes vir brincar!"
7. "Ainda não terminaste o trabalho, podes brincar a outro que não seja este!"
8. "O que estás a fazer aí e a fazer o que estás a fazer?"

30

REFLEXÃO E PARTILHA



“...A falta de atenção pode permitir perpetuar uma situação de abuso, mas uma ação intempestiva e precipitada pode contribuir para pôr um inocente a viver expor uma família.”

31

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO



32

OBRIGADO

33

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de procedimentos para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de procedimentos para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de procedimentos para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de procedimentos para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de procedimentos para o diagnóstico e tratamento da violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

34

Declaração de formação



DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro, apresentou a formação intitulada Cuidar com Amor, Não com Dor – Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, na [REDACTED] no dia 6 de dezembro de 2023, pelas 13:30h, tendo tido aduração de 50 minutos.

Carnaxide, 12 de dezembro de 2022



Conselho Técnico

Questionário de satisfação

Formação: "Prevenção dos maus-tratos na 1ª infância - Crescer com amor, não com dor"

Formador: Liliana Monteiro

1. A - Conteúdos Programáticos e Métodos *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Nada Satisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Satisfeito	4 - Muito satisfeito	5- Totalmente satisfeito
Conteúdo da Ação de Formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrutura dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse/utilidade dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicabilidade do tema na prática profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. B – Formador/a *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Nada Satisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Satisfeito	4 - Muito satisfeito	5- Totalmente satisfeito
Domínio e clareza na exposição da(s) matéria(s) tratada(s) na ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estímulo à participação dos/as formandos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento com os/as formandos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação e bibliografia suficiente e adequada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pontualidade/cumprimento do horário das sessões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. C – Avaliação Global da Ação de Formação *

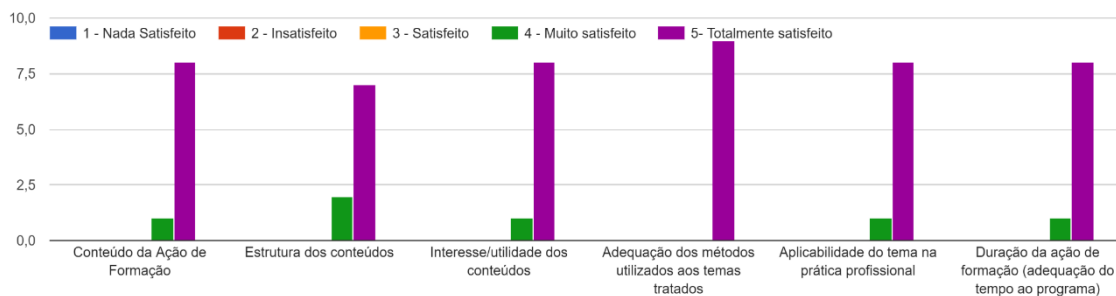
Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Nada Satisfeito	2 - Insatisfeito	3 - Satisfeito	4 - Muito satisfeito	5- Totalmente satisfeito
Concretização dos objetivos propostos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O nível das matérias abordadas foi adequado ao seu nível de conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendaria esta ação de formação aos seus colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

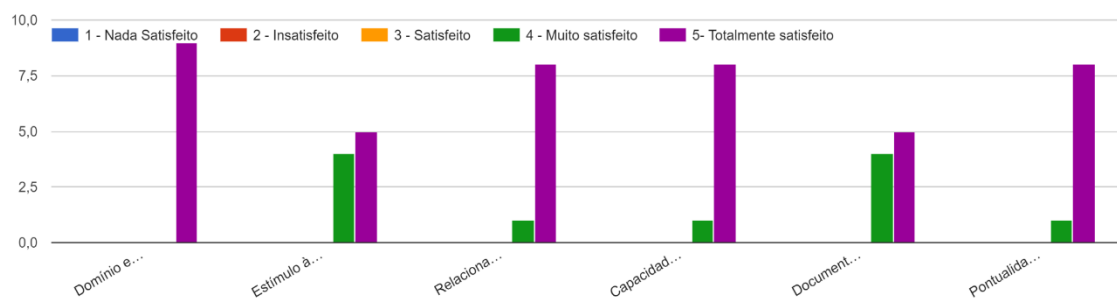
4. D – Críticas/Sugestões/Comentários

Avaliação pelos Formandos

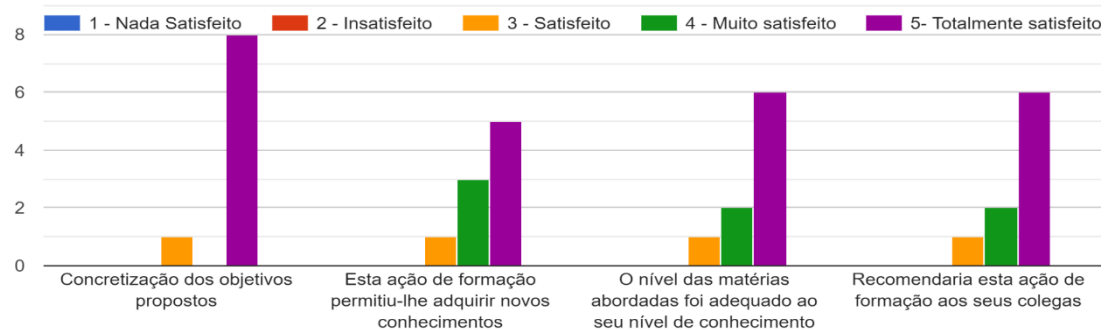
A - Conteúdos Programáticos e Métodos



B – Formador/a



C – Avaliação Global da Ação de Formação



Poster sobre os maus-tratos na infantis colocado na sala de espera da consulta de saúde infantil da USF

Maus-tratos infantis Crescer com **Amor**, não com **Dor**

INTRODUÇÃO

Maus-Tratos são um fenómeno complexo e multifacetado, que originam dano real ou potencial à criança, provocando atrasos no desenvolvimento e atentam contra a sua dignidade.

“Risco” diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem vir sofrer de maus-tratos” e “Perigo” corresponde a objetivação do risco”

FATORES DE RISCO

Características dos Pais	Características das Crianças e Jovens	Características dos Contextos Familiares
<ul style="list-style-type: none"> • Alcoolismo; • Toxicodependências; • Perturbações da saúde mental ou físicas, antecedentes de comportamento suicidário; • Personalidade instável e impulsiva, baixo auto-estima, baixa tolerância ao frustração; • Adições substâncias, isolamento face ao comportamento dos pais; • Desemprego e pobreza; • História de maus-tratos próprios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidade e baixa peso e nutrição; • Personalidade e temperamento não adaptados aos pais; • Perturbações da saúde mental e física; • Género. 	<ul style="list-style-type: none"> • Género feminino; • Família monoparental; • Família com maus-tratos; • Família com história de violência entre os pais; • Mudanças frequentes de residência ou migração;

OBJETIVOS

Empoderamento Comunitário sobre maus-tratos

CONSEQUENCIAS DOS MAUS TRATOS

COMO DENUNCIAR MAUS-TRATOS ?

PARENTALIDADE POSITIVA

É uma filosofia de vida que depende de **escutarmos os nossos filhos**, de **respeitarmos a sua essência**, de estarmos plenamente **presentes** com eles, também depende de **limites e disciplina**.

CONCLUSÃO

A parentalidade positiva é uma abordagem que tem vindo a ganhar cada vez mais destaque, promovendo um ambiente familiar saudável e seguro para as crianças. No entanto, os maus-tratos ainda são uma realidade em muitas famílias, o que pode ter consequências graves no desenvolvimento emocional e psicológico das crianças. É crucial que se continue a sensibilizar e educar os pais e cuidadores sobre os efeitos negativos dos maus-tratos e a importância de uma parentalidade positiva. Ao promover um ambiente de amor, respeito e segurança, os pais podem ajudar as suas crianças a crescer de forma saudável e feliz. Todos podemos ser agentes de mudança para uma parentalidade mais positiva e saudável.

BIBLIOGRAFIA:
 Aires, A., & Faria, R. (2017). Crianças em risco: identificar múltiplas vulnerabilidades. *Revista de Gestão do Risco*, 1(1), 1-10.
 Aires, A., & Faria, R. (2017). Crianças em risco: identificar múltiplas vulnerabilidades. *Revista de Gestão do Risco*, 1(1), 1-10.
 Aires, A., & Faria, R. (2017). Crianças em risco: identificar múltiplas vulnerabilidades. *Revista de Gestão do Risco*, 1(1), 1-10.

**APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS NA 1ª INFÂNCIA,
EM CRIANÇAS COM IDADES COMPREENDIDAS ENTRE OS 3-6 ANOS**

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

Este questionário é dirigido aos **pais**, com a finalidade de complementar a realização de um Projeto de Intervenção Comunitária na área da Prevenção de maus-tratos na primeira infância, de forma a identificar a perceção dos pais sobre a temática.

Este questionário é constituído por duas partes:

Parte I - Caracterização dos pais

Parte II - Maus-tratos infantis

Por Favor, assinale a resposta mais adequada em todas as questões e alíneas.

Garantimos desde já o anonimato e a confidencialidade do mesmo

* Indica uma pergunta obrigatória

Questionário de avaliação Inicial

Parte I- CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS OU ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

1. **1. Sexo ***

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

2. **2. Idade ***

Marcar apenas uma oval.

- ≤25 anos
- 26-36 anos
- 37-50 anos
- ≥50 anos

3. **3. Residência ***

Marcar apenas uma oval.

- Rural
- Urbana
- Sub-Urbana

4. **4. Habilitações literárias/académicas ***

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo (antiga 4ª classe)
- 2º Ciclo (6º ano de escolaridade)
- 3º ciclo (9º ano de escolaridade)
- Secundário (12º ano de escolaridade)
- Curso técnico/profissional
- Curso superior
- Outra: _____

5. **5. Profissão: ***

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

6. **6. Estado Civil ***

Marcar apenas uma oval.

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado/separado (a)
- Viúvo (a)

7. **7. Quantos filhos tem? ***

29/04/23, 22:28

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

8. **8. Quando pensa em maus-tratos na primeira infância (0-6 anos), pensa em: ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Maus-tratos Ativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maus-tratos Passivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso Sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maus-tratos Físicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maus-tratos Psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome de Munchausen por procuração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negligência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

06/11/22, 10:30

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

9. **9. Que sinais considera indicar que a criança é vítima de maus-tratos? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
A criança protege-se sempre que um adulto faz um gesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresenta alterações no desenvolvimento (peso, estatura, linguagem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem carência de Higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestuário desadequado em relação a estação do ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hematomas ou outras lesões inexplicadas no corpo, com marcas de objetos em diferentes estados de cicatrização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade e e/ou automutilação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento excessivo de pavor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faltas constantes nos serviços de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1dlhZzhBaFgOUThQlayZ24uW1cwexjTyLKJikKvHS2E/edit>

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

10. 10 Suspeitava de uma criança vítima de maus-tratos, o que fazia? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Fazia queixa na Polícia de Segurança Pública (PSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligava para a linha SOS Crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informava o Tribunal de Menores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levava a criança para o Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Denunciava a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ligava para a Guarda Nacional Republicana (GNR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicava ao Centro de Saúde da sua área de residência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prevenção dos maus-tratos na primeira infância, em crianças com idades compreendidas entre 3 e 6 anos

sua área de
residência

11. 11. Sabe o que é parentalidade positiva? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. 12. Acha que a Parentalidade Positiva pode ser uma maneira de prevenção de maus-tratos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Não sei

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS/ENCARREGADOS EDUCAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Titulo: “Prevenção dos maus-tratos infantis na primeira infância- Crescer com Amor, não com Dor”

Eu, Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro , Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em Associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública II a decorrer na Unidade Cuidados na comunidade ██████████ ACES Lisboa ocidental e Oeiras .

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária integrado no Programa de Saúde Escolar, mais precisamente, a nível da prevenção dos maus-tratos infantis na primeira infância, através da utilização de um questionário.

Os maus-tratos contra crianças consiste num problema mundial que está longe de ser extinto, precisa de ser enfrentado de uma forma urgente e consistente.

A participação é de âmbito voluntário e gratuito, requer o preenchimento de um questionário que avalia os conhecimentos sobre maus-tratos na primeira infância. Este questionário, é composto por duas partes: a primeira a caracterização dos pais/encarregados de educação, e a segunda sobre maus-tratos infantis e demora cerca de 10 minutos a ser preenchido, e é aplicado no início e final da Ação de formação em saúde. Poderá desistir a qualquer momento, sem consequências associadas, bastando informar o investigador. Serão garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação necessária à sua implementação, assim como o anonimato dos participantes. Os dados obtidos poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1edi/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Para mais alguma informação considerada útil, encontro-me ao seu dispor.
Agradeço desde já a sua colaboração
Enfermeira Liliana Monteiro
Contacto eletrónico: 210531024@estudantes.ips.pt

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela (s) pessoa (s) que acima assina (m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CD Nº: _____, DATA OU VALIDADE: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

APÊNDICE VI - DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Apêndice 5 - Declaração de Conflito de Interesses

Declaração de Conflito de Interesses

Eu, Lílíana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a desenvolver um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], ACES Lisboa ocidental e Oeiras, sob orientação académica do Professor Edgar Canais da Srª Enfermeira Especialista [REDACTED]

Neste entendimento, declaro por este meio não estar abrangida por qualquer interesse económico/ financeiro ou outro, que possa comprometer a imparcialidade e a evolução do presente estudo.

Oeiras, 1 de dezembro de 2022

A requerente

Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Monteiro

**APÊNDICE VII - CARTA CONVITE AOS PAIS/EE DE DOIS JI DO CONCELHO DE
OEIRAS**

Carta convite aos Pais/EE

Olá, chamo-me Lílíana Monteiro, sou Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e encontro-me a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer na Unidade de Cuidados na comunidade [REDACTED] do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.

Sou mãe e este papel, assim como o de pai, é uma tarefa que se reinventa de facto todos os dias. Construir uma relação saudável entre pais e filhos exige trabalho diário, com compreensão das necessidades de todos, regras claras e coerentes, companheirismo e sempre muito amor.

São vários os fatores que poderão influir nesta tarefa, cada vez mais exigente, sendo que comportamentos mais desadequados acabam por surgir, culminando e traduzindo por vezes a violência e os maus-tratos nas relações familiares. O trabalho, a educação, os meios de comunicação social, a religião, a população/densidade populacional e as estruturas/recursos comunitários exercem a sua pressão e todos poderão potenciar ou influenciar a sua predisposição.

Importa por isso refletirmos e consciencializarmo-nos do quanto podemos tentar fazer, no contexto da nossa dinâmica familiar, fomentando relações gratificantes e generosas.

Assim, convido todos os pais e/ou encarregados de educação dos alunos do Jardim de Infância [REDACTED] a participarem comigo numa Sessão de Educação para a Saúde sobre Prevenção de Maus-tratos na Primeira Infância, integrada no projeto comunitário Crescer com Amor, não com Dor.

Desejo que todos estejam presentes para tentarmos construir um futuro melhor para as nossas crianças.

“Trabalhem juntos para que as crianças nos olhem sorrindo e mantenham um olhar límpido, cheio de alegria e esperança”

Papa Francisco

Agradeço, desde já a vossa atenção e disponibilidade

APÊNDICE VIII - CARTAZES DE DIVULGAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE PARA OS JI E NA PÁGINA DE FACEBOOK DO AGRUPAMENTO

Cartaz Afixado nos JI



Publicação no Facebook do Agrupamento de Escolas



APÊNDICE IX - RESUMO DE UM ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL “CRESCER COM AMOR, NÃO COM DOR – CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NA PARENTALIDADE POSITIVA

RESUMO

Problemática: Os maus-tratos infantis impõem-se como problema mundial que está longe de ser extinto, precisa de ser encarado de forma urgente e consistente. Desta forma, abordar a promoção da saúde infantil torna-se essencial, sendo a primeira infância o momento certo para realizar atividades promotoras de estilos de vida saudáveis.

Reconhecendo-se o papel fulcral dos pais e da família na gestão do comportamento da criança, assim como dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários no apoio à parentalidade, importa dar resposta com vista à prevenção dos maus-tratos, nomeadamente através da parentalidade positiva, empoderando os pais e tornando-os capazes de gerar mudanças.

Objetivos: Perceber o impacto da formação, aos pais de crianças dos 3-6 anos, na sua perceção relativamente aos maus-tratos, à parentalidade positiva, de 2 infantários do concelho de Oeiras.

Métodos: Foram aplicados 46 questionários no pré e pós da formação da sessão de educação para a saúde a pais/encarregados de educação. No questionário inicial verificamos o conhecimento sobre a temática e no final para averiguar o acréscimo do conhecimento. Os dados foram analisados com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences versão 28 para Windows.

Resultados: A comparação da avaliação efetuada no pré e pós sessão, permitiu observar mudanças, aumento das respostas corretas. Antes da formação a média era de 15.0 respostas corretas e depois da formação aumentou para 23,3-num total de 24 questões.

Conclusão: Este estudo realça a utilidade de capacitar os pais/encarregados de educação, concedendo-lhes ferramentas baseadas numa parentalidade positiva que podem acautelar situações de maus-tratos.

Descritores: Parentalidade positiva, Maus-tratos infantis, Pré-escolar, Cuidados de Saúde Primários.

ANEXOS

**ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES LISBOA OCIDENTAL E
OEIRAS**



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Declaração

Eu, [REDACTED] Diretor Executivo do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, declaro, para os devidos efeitos, que tomei conhecimento do projeto de investigação “Prevenção dos maus-tratos na primeira infância” considerando o seu desenvolvimento de interesse para o ACeS e autorizo a sua realização após cumpridos os requisitos da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Oeiras, 7 de dezembro de 2022.

[REDACTED]

O Diretor Executivo

[REDACTED]

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO JI

De: Mesa administrativa <ma@██████████>
Enviado: 28 de outubro de 2022 09:35
Para: Recursos Humanos - SCMO <recursoshumanos@misericordia.oeiras.pt>
Assunto: Re: FW: Projeto de intervenção comunitária Crescer com amor, não com dor - prevenção de maus-tratos infantis

Autorizo!

Recursos Humanos - SCMO <recursoshumanos@██████████.oeiras.pt> escreveu no dia sexta, 30/09/2022 às(s) 14:15:

De: Recursos Humanos - SCMO <recursoshumanos@misericordia.oeiras.pt>
Enviado: 28 de outubro de 2022 10:05
Para: Infanteria São Marçal <smarcal@██████████.oeiras.pt>
Assunto: FW: FW: Projeto de intervenção comunitária Crescer com amor, não com dor - prevenção de maus-tratos infantis

Carla bom dia,

Segue a autorização do Sr. Bispo.

Combina com a Enff Liliana Monteiro?

Beijinhos

De: smarcal@██████████>
Enviado: 30 de novembro de 2022 16:19
Para: [Liliana Monteiro](#)
Assunto: FW: FW: Projeto de intervenção comunitária Crescer com amor, não com dor - prevenção de maus-tratos infantis

Boa tarde Liliana

A única autorização que tenho do Sr Provedor, é a que lhe reencaminho. Em que apenas, escreve Autorizo!

Cumprimentos
Carla ██████████
Diretora Pedagógica



RE: Projeto de Intervenção Comunitária Crescer com Dor, não com dor



Agrupamento de Escolas [REDACTED]

12/10/2022 15:42

Para: Líliliana Monteiro

Ex.º Sr.ª

Líliliana Monteiro

É com agrado que recebemos o seu pedido e que autorizamos a aplicação do seu projeto de intervenção no JI [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

A Assistente Técnica

[REDACTED]

Agrupamento Escolas [REDACTED]

[REDACTED]

Tel: [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Liliana Alexandra Monteiro

210531024@estudantes.ips.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		848/CES/2023	

Assunto: Prevenção dos Maus-tratos na primeira Infância [projeto de intervenção comunitária crescer com Amor, não com Dor.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação do dia 03.02.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
Nils PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

ANEXO IV - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO “ALERGIA ALIMENTAR NA ESCOLA”



Declaração de Frequência de Formação “Alergia Alimentar na Escola”

Declara-se para os devidos efeitos que Liliana Monteiro frequentou a formação “**Alergia Alimentar na Escola**” com a duração de 8 horas, promovida pelo Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e pelo Programa Nacional de Saúde Escolar da Direção-Geral da Saúde, decorrido em formato *online*, no dia 14 de outubro de 2022.

Lisboa, 18 de novembro de 2022

A Diretora do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Maria João Encaprizio

(assinatura)

A Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Escolar

Isabel Santos

(assinatura)

**ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO “SAÚDE MENTAL
PARA ENFERMEIROS”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Declaro que, Liliana Alexandra Teixeira Cardoso Mendes esteve presente no

Evento de Saúde Mental para Enfermeiros que decorreu na Unidade funcional da UCC Cuidar+ no dia 15 de Dezembro de 2022, das 9h e 16h.

Coordenadora de [REDACTED]
ACES Lx Ocidental e Oeiras

