



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Prevenção da negligência infantil nas famílias com crianças dos 0 aos 2 anos

Sílvia Ferreira Gonçalves

2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Prevenção da negligência infantil nas famílias com crianças dos 0 aos 2 anos

Sílvia Ferreira Gonçalves

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Cláudia Bacatum

2014



“A infância colorida que preenche o nosso imaginário, não chega a ser fantasia para as muitas crianças e adolescentes, que vivem no lado da vida pintada a tons de cinzento e preto.

Nesta infância não há o colo, não há sonhos, não se brinca... não se tem opinião, nem voz, nem desejos ou necessidades.

Aqui há ralhos, corpos usados, humilhações, terror, abandono. Não há sujeitos, há crianças-objecto das frustrações, das exigências, dos sonhos dos adultos”.(Alberto, 2004)

AGRADECIMENTOS

Neste caminho que foi percorrido cruzaram-se vários intervenientes, todos com um papel importante que permitiu chegar ao final do mesmo. Este caminho iniciou-se á muitos anos quando descobri o fascínio e tive o privilégio de integrar o mundo das crianças.

Todas elas ao longo dos anos deixaram uma marca em mim, que me fez crescer como pessoa e como profissional, sobretudo aquelas que agora são grandes estrelas no nosso Céu, sem elas não estava aqui hoje, por isso obrigada por me terem deixado passar pelas vossas vidas, estarão para sempre vivas no meu coração.

Sem os meus pais eu não seria quem sou, por isso lhes agradeço por tudo o que me têm proporcionado e por me terem ajudado a atingir mais esta etapa, sem eles eu própria teria sido incapaz de manter a qualidade de vida das minhas princesas durante este percurso.

Aos meus braços direitos: André, Pedro, Beatriz, João, Maria Adelaide, Ana, Isabel, Carla, Gisela, Paulo, sem os quais teria sido muito mais difícil ter chegado até aqui.

À Professora Cláudia Bacatum por ter estado sempre disponível para me orientar, ensinar e incentivar a continuar, por ter sobretudo acreditado neste trabalho e me ter ajudado a chegar à sua conclusão. Os seus reforços positivos foram fundamentais, sem eles não teria sido possível acabar este relatório agora.

À Cristina e à Fátima que sempre me estimularam a prosseguir caminho na procura do saber e que sempre estiveram lá nos momentos piores para me levantar quando caí e me deram um apoio fundamental em fases críticas deste percurso.

À Dr^a Ileine, mais que uma directora uma amiga que me deu total liberdade de escolher o rumo deste trabalho, facilitando em muito o mesmo.

A toda a equipa da UCSP e do NACJR que sofreram os meus maus humores e as minhas ausências.

Aos utentes da UCSP, mais especificamente aqueles que de alguma forma estiveram envolvidos neste trabalho, abrindo-me as suas portas e em muitos casos os seus corações.

À Catarina e Madalena por terem sido apesar da sua idade umas excelentes ouvintes, dando opiniões, ajudando a organizar o que a mãe já não conseguia, incentivando e acreditando que a mãe era capaz de cumprir prazos!

Vocês são o melhor que já fiz até hoje.

Lista de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

CIPE -Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CNPCJ - Comissão Nacional Protecção Crianças e Jovens

CPCJ - Comissão Protecção Crianças e Jovens

CS - Centro Saúde

DGS - Direcção Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ISS - Instituto de Segurança Social

NACJR - Núcleo.de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde/World Health Organization

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF- United Nations Children´s Fund

VD-Visita domiciliária

RESUMO

A criança é um ser em constante crescimento e mudança. Durante este processo está muitas vezes sujeita a riscos, uma vez que depende totalmente de outras pessoas durante o mesmo. A família constitui o primeiro suporte da criança, quando lhe faltam competências e conhecimentos necessários para responder às necessidades desta surgem situações de negligência parental e mau trato que trazem repercussões negativas para a sua saúde física e mental.

Este é considerado um problema de saúde pública, a ser trabalhado pelos diferentes organismos com competência em matéria de promoção e protecção à infância. Capacitar as famílias, dota-las de competências e conhecimentos específicos para acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos, prevenindo dificuldades, evitando o aparecimento de ciclos familiares de insucesso é um dos objectivos deste trabalho.

A intervenção comunitária teve como finalidade contribuir para a capacitação das famílias com crianças dos 0-2 anos inscritas numa UCSP da área metropolitana de Lisboa para prevenir a negligência infantil. Como metodologia utilizou-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), como referencial teórico foi escolhido o Modelo de Transições de Afaf Meleis.

O diagnóstico de situação realizou-se através da aplicação de um questionário para a caracterização socio demográfica e do “*Protocolo de Avaliação das Necessidades da Criança dos 0 aos 2 anos*”, do ISS. Como problema identificou-se o contacto irregular com o centro de saúde em 59% das crianças dos 0 aos 2 anos, sendo definida como estratégia a visita domiciliária a todas as famílias constituintes da amostra, seguida do treino da equipa de enfermagem para a detecção precoce de situações de negligência parental. Considera-se que, os objetivos propostos foram atingidos, tendo-se desenvolvido competências ao nível de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Palavras-chave: Criança, família, mau trato, negligência, parentalidade, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

The child is a being in constant growth and change. Being completely dependent on others during this process, it is often vulnerable to several risks. The family is the child's first support; therefore, when it lacks the necessary skills and knowledge to meet the child's needs, this may result in situations of parental negligence and mistreatment that have negative consequences in the child's physical and mental health.

This is considered a public health problem, being under consideration by the several entities responsible for the promotion and protection of children. One of the main objectives of this work is to empower the families, allowing them to obtain the specific skills to support their children throughout the different stages of the development, in order to prevent difficulties and avoid familiar cycles of failure.

The community intervention developed intended to contribute to the empowerment of families with children from 0-2 years enrolled in a UCSP the metropolitan area of Lisbon, in order to prevent child negligence. The methodology used followed the Health Planning, according to *Imperatori and Giraldes* (1993) and *Tavares* (1990), and as a theoretical reference was chosen the transitions model of Afaf Meleis.

The situation diagnosis was accomplished by applying a questionnaire for demographic and social characterization as well as the "Assessment Protocol of Children's Needs from 0 to 2 years," by the ISS. The main identified problem was the irregular contact with the health center in 59% of these children. It was therefore defined as an action strategy home visits to all the families in our sample, followed by training of the nursing staff for early detection situations of parental negligence.

We consider our prime objectives achieved, having been developed skills in Community and Public Health Nursing by the Specialist Nurse.

Keywords: Child, family, mistreatment, neglect, parenting, community nursing.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 10 |
| 1.Justificação da Temática | 12 |
| 1.1 A Infância | 13 |
| 1.2 Mau Trato e Negligência na Infância | 14 |
| 1.3. A Família e o Seu Papel na Socialização da Criança | 16 |
| 1.4.A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção da Negligência Infantil nas Famílias com Crianças dos 0-2 anos | 19 |
| 2.Metodologia | 23 |
| 2.1.Diagnóstico da Situação | 23 |
| 2.1.1.Contexto de Intervenção | 23 |
| 2.1.2.Amostra | 24 |
| 2.1.3.Instrumento de Colheita de Dados | 24 |
| 2.1.4.Análise e Discussão dos Resultados | 25 |
| 2.1.5.Identificação dos Problemas | 26 |
| 2.2. Determinação de Prioridades..... | 26 |
| 2.2.1.Diagnósticos de Enfermagem | 28 |
| 2.3. Fixação de Objectivos | 29 |
| 2.4.Selecção de Estratégias | 30 |
| 2.5.Preparação Operacional – Programação..... | 34 |
| 2.6.Avaliação..... | 36 |
| CONCLUSÃO: | 38 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |
| ANEXOS | 46 |
| Anexo I-Grelha de Análise | |
| Anexo II-Bilhete postal | |
| Anexo III-Registo de Visitação domiciliária | |
| Anexo IV-Ficha sinalização ao NACJR | |
| Apêndices: | 60 |
| Apêndice I – Autorização Diretora Executiva ACES | |
| Apêndice II – Autorização utilização instrumento colheita de dados | |
| Apêndice III – Consentimento informado | |
| Apêndice IV – Caracterização Socio demográfica | |
| Apêndice V – Instrumento Colheita de dados: Necessidades da Criança-Saúde | |
| Apêndice VI- Análise Caracterização socio demográfica | |
| Apêndice VII-Necessidades da Criança-Saúde – grelhas análise | |
| Apêndice VIII-Tabela ilustrativa da determinação de prioridades | |
| Apêndice IX-Questionário aos profissionais | |
| Apêndice X- Plano das actividades realizadas | |

Apêndice XI-Folheto Pais

Apêndice XII-Fluxograma de atuação em caso de falta da criança à consulta

Apêndice XIII-Fluxograma atuação em caso de impossibilidade de VD

Apêndice XIV- Sessão de sensibilização aos profissionais de saúde

Apêndice XV- Tratamento de dados relativamente às actividades desenvolvidas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Visita domiciliaria às famílias

35

Introdução

As crianças deverão crescer junto da família, ser protegidas e objecto de todos os cuidados por parte desta.

A família ao receber um novo membro sofre um processo de transição, exigindo que esta incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e mude a sua definição do *self* face ao novo contexto social (Soares, 2008, p.14, citando Meleis *et al.* 2000), sendo a partir desta que as sociedades se compõem e os indivíduos se formam, crescem e aprendem a viver em conjunto (Soares, 2008).

A criança fica em risco quando à sua família faltam os conhecimentos e competências necessárias para promover um crescimento adequado, em segurança física e emocional, sendo deste modo necessário intervir junto desta para que a situação não se mantenha e não seja transmitida entre gerações (Canha, 2003).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública “é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades” (Ordem Enfermeiros, 2011), estando como tal preparado para realizar intervenções no domínio da prevenção da negligência infantil.

A intervenção comunitária decorreu no período de 1 de outubro de 2013 a 15 de fevereiro de 2014, tendo como finalidade contribuir para a capacitação das famílias com crianças dos 0-2 anos inscritas numa UCSP da área metropolitana de Lisboa para prevenir a negligência infantil.

Esta foi realizada no âmbito da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, tendo por base a Metodologia de Planeamento em Saúde.

Como referencial teórico utilizou-se o Modelo de Transições de Afaf Meleis. Esta é uma teoria de médio alcance, que faculta uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporcionando indicadores mais específicos para a prática e orientando questões de investigação mais sistemáticas e coerentes, tem um carácter formal e não substantivo, ou seja, preocupa-se com a universalidade das transições e não com as instâncias particulares das mesmas (Magalhães,2011).

Como estratégia de intervenção utilizou-se a visita domiciliária, que segundo Zacarias (2011) pode ser considerada uma forma de aproximar o profissional da família, mas também de responder de forma mais adequada às suas necessidades.

De modo a permitir uma melhor compreensão o presente relatório está estruturado em três capítulos, sendo no primeiro apresentada a justificação da temática, no segundo apresenta-se a descrição das etapas do planeamento da intervenção comunitária de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde; e por fim, no terceiro capítulo incluem-se as conclusões da intervenção comunitária.

A sua redação realizou-se ao abrigo do novo acordo ortográfico, do guia para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL e da norma APA (6ª edição).

1. Justificação da Temática

A criança é um ser em constante crescimento, desenvolvimento e mudança. Este processo é necessário e útil, implicando sempre um risco, pois contempla inevitavelmente um período de alguma incerteza e fragilidade.

Durante o percurso de crescimento, a criança, necessita de auxílio da sua família para a realização das suas necessidades básicas de vida, quando esta não as proporciona pode-se falar de negligência (DGS, 2011).

Torna-se deste modo, desejável que a família proporcione o primeiro e mais importante contexto interpessoal para o desenvolvimento humano, dado que as relações familiares têm uma acentuada influência sobre o desenvolvimento e qualidade de vida da criança.

A capacidade que a família terá para desempenhar um novo papel, deverá ter em conta as etapas de desenvolvimento da própria família, bem como, a forma como percebe os diferentes comportamentos que lhe são impostos ao longo da vida

A criança nasce dentro de uma sociedade, com valores, padrões e é através da interacção com outros seres humanos que ela aprende a funcionar dentro da mesma (Sousa e Filho, 2008). Esta “é inserida num contexto familiar (...) responsável pelos cuidados físicos, pelo desenvolvimento psicológico, emocional, moral e cultural (...) através do contacto humano (...) supre suas necessidades e inicia a construção dos seus esquemas perceptuais, motores, cognitivos, linguísticos e afectivos” (Sousa e Filho, 2008, p.2).

É à família que cabe o papel de mostrar à criança as formas de representação do mundo exterior e é através dela que esta é integrada no mundo, funcionando assim como o primeiro agente socializador, ajudando-a a desenvolver padrões de socialização e a construir o seu próprio modelo de aprendizagem (Sousa e Filho, 2008). Esta proporciona o primeiro e mais importante contexto interpessoal para o desenvolvimento do ser humano, tendo elevada influência na qualidade de vida da criança (Borges, 2010).

Barata e Leça (2008) referem que “os maus tratos intrafamiliares são aqueles que mais graves consequências têm para crianças (...) resultam uma profunda quebra de confiança e uma importante perda de segurança em casa, (...) uma ameaça profunda para o desenvolvimento”.

A responsabilidade é inerente à parentalidade, sendo que esta influencia e modifica a vida da família, podendo afirmar-se que esta passa por uma transição de desenvolvimento.

No contexto da interacção entre duas pessoas pode potenciar-se o desenvolvimento da criança, sendo importante compreender a forma como a família efectuou essa transição.

A parentalidade têm sido amplamente estudada, podendo referir-se como uma função biológica e/ou cultural (Borges, 2010), podendo esta ser a “satisfação das necessidades mais básicas”; o “disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível”; a satisfação das “necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares”, o “satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança”; e as “necessidades de interacção social da criança” (Soares, 2008, p.19 citando Cruz, 2005,p.14).

É nos primeiros anos de vida que a função parental é essencialmente centrada na satisfação das necessidades básicas da criança, com o intuito de lhe proporcionar um desenvolvimento global adequado (Soares,2008). A interacção que estabelecem permite a partilha de sentimentos e afetos importantes para ambos, sobretudo para o desenvolvimento “confiança básica” descrita por Erikson em 1976.

1.1 A Infância

A infância não decorre da mesma forma para todas as crianças e as histórias divergem de acordo com as suas experiências, mas é inegável que todo o ser humano tem uma infância, sendo que ao longo do tempo o conceito atribuído a essa etapa do ciclo de vida é que foi diferindo e sofrendo modificações.

Durante muito tempo a criança não foi vista como um ser em desenvolvimento, com necessidades próprias, mas sim como um adulto em miniatura, existindo a ideia de que a infância se reduzia ao período de maior fragilidade, em que a criança não se bastava a si própria, mal esta se começava a desenvolver fisicamente partilhava os trabalhos e divertimentos dos adultos (Áries,1988).

A infância, tal como a entendemos hoje, não existia antes do século XVI, as crianças estavam expostas à violência dos mais velhos, tendo um fraco poder sobre si próprias, a consciência social não admitia a existência autónoma destas como uma categoria do género humano (Reis.1999), assim “a relação da humanidade com o conhecimento das crianças tem sido feita de omissões e de violência à integridade do seu mundo, mas tem inequivocamente representado um percurso de crescimento e bom senso” (Reis,1999, p. 12, citando Sá , 1999). Os conceitos de tratamento e atenção dispensada à criança foram acompanhando a evolução social e científica, melhorando com o tempo.

Tornaram-se numa necessidade indispensável, surgindo condições mais favoráveis a um crescimento e desenvolvimento adequados da criança (Canha, 2003).

A infância é assim uma construção social recente, que traz consigo uma representação do que é normal e desejável, reflectindo a mudança no sentido da própria família moderna, a qual se tornou num espaço de afectividade e num lugar de atenção à criança.

Actualmente concebe-se a criança como um sujeito de direito e membro activo da sociedade.

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança da UNICEF (1989) no seu primeiro artigo a criança é tida como “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”. Depois deste reconhecimento emergiu uma nova concepção da infância que tem como principal característica: a criança deixa de ser um objecto de direito e converte-se num sujeito de direito.

1.2 Mau Trato e Negligência na Infância

O mau trato na infância remonta aos primórdios da humanidade, “abusar da criança é uma realidade desde que existe raça humana” (Gallardo 1994, p.17).

Ao consultar relatos da história mundial muitos são os que referem o infanticídio, nalgumas situações como prática legítima e obrigatória, sendo que “a violência exercida sobre a criança é conhecida ao longo dos tempos, desde a antiguidade até aos nossos dias, confundindo-se com a história da própria humanidade” (Canha, 2008, p.17).

A questão dos maus tratos está intimamente ligada a outras duas, que segundo Barudy (1998) são: “onde situamos o limite entre o que é ou o que não é maus tratos? Até que ponto devemos considerar os costumes e a dimensão cultural no momento de o diagnosticar?” (Azevedo e Maia, 2006, p.21).

Assim, e tentando dar resposta a estas questões, estes autores referem que em primeiro lugar tem de haver consenso relativamente aos cuidados físicos, psicológicos e sociais que são necessários para que a criança se desenvolva de forma saudável (Azevedo e Maia 2006, p.26).

Sabendo que todas as crianças devem ser objecto de atenção, cuidados de saúde, que promovam o seu bem-estar e desenvolvimento físico, psicológico e intelectual adequados, podemos afirmar que a omissão ou acção que os prive destes cuidados, configura uma situação de mau trato (DGS, 2011). O que para uma sociedade é visto como uma forma de educação e disciplina, para outra pode ser considerado como forma de mau trato.

Estes constituem um fenómeno complexo e multifacetado que pode surgir de forma súbita ou de forma insidiosa, afetando as crianças e jovens, sempre com repercussões negativas no seu desenvolvimento e crescimento, na sua saúde quer física, quer mental, no seu bem-estar, na sua segurança, na sua autonomia e na sua dignidade enquanto ser humano.

É considerado um problema de saúde pública, sendo atualmente monitorizado pelos diferentes serviços responsáveis pela proteção e promoção da infância. Esta vigilância é importante junto dos grupos populacionais identificados como mais vulneráveis (DGS, 2011).

Segundo a DGS "os maus tratos em crianças (...) 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" (DGS, 2011, p.7), referindo ainda que

as causas da violência no contexto familiar, em particular, as situações de maus tratos a crianças (...), adquirem múltiplas formas de expressão, pelo que a efectividade da acção depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspectos do contexto social, económico e cultural, as práticas e recursos comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis. (DGS,2008, p.10)

Existe um vasto leque de situações identificadas como mau trato, surgindo quer isoladamente quer associadas, sendo importante a definição clara de cada uma delas, de forma a uniformizar conceitos para que não haja dúvida na sua tipificação quando elas lhe surgem.

Definem-se diferentes tipologias de mau trato: negligência (inclui abandono e mendicidade), mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico/emocional e a síndrome de Munchausen por procuração (DGS, 2011).

A negligência caracteriza-se por um

comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com uma criança (...), não lhe proporcionando a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto e saúde (...) do qual resulta um dano na sua saúde e desenvolvimento (físico, mental, emocional, moral ou social). (Magalhães.2010,p.9)

Esta pode ser praticada de forma ativa ou passiva, consoante exista intensão de provocar dano à vítima, ou exista apenas uma incapacidade parental de cuidar.

A maioria das situações referentes á vigilância inadequada de saúde infantil e juvenil por parte das famílias das crianças até aos 2 anos enquadram-se na forma passiva de negligência. Segundo Magalhães (2010) e de acordo com dados da OMS, no ano de 2002 morreram em todo o mundo 31.000 crianças com idade inferior a 15 anos, vítimas de homicídio.

A mesma entidade refere ainda que “muitas crianças são sujeitas a abuso psicológico e emocional, bem como a situações de negligência não se conhecendo, nestas situações específicas qual a real extensão do problema” (Magalhães,2010, p.25).

De acordo com a Unicef (2013) anualmente morrem 3500 crianças nos países industrializados, vítimas de violência e maus tratos, o relatório da CNPCJ (2013) refere que em 2012 as CPCJ acompanharam 69007 crianças, sendo que no escalão etário dos 0 aos 2 anos registaram 7496 casos.

A negligência teve uma expressão de 30% (20902 casos), sendo que a falta de supervisão e acompanhamento familiar e a negligência ao nível da saúde foram as subcategorias mais expressivas, com 46,8% e 19,4% das sinalizações.

Numa primeira linha de intervenção os NACJR do Ministério da Saúde registaram, em 2011, 5518 sinalizações, 68% das quais devido a negligência parental (DGS, 2012).

Diminuir a probabilidade da recorrência destas situações é fundamental, assim como prevenir a continuidade deste tipo de comportamento nas gerações seguintes, sendo para tal necessária uma intervenção ao nível do meio familiar e muitas vezes da comunidade em que esta está inserida. Isto leva-nos a outra questão que é a da organização familiar e da sua capacidade de adaptação a novas realidades.

“Quando uma família não consegue manter a organização, torna-se mais vulnerável às pressões e perturbações provenientes do meio podendo emergir, nestes casos, as situações de maus tratos, entre estes o infantil” (Azevedo e Maia, 2006, p.62).

1.3. A Família e o Seu Papel na Socialização da Criança

“A família é vista frequentemente como célula fundamental da sociedade, a sua estrutura e capacidade de adaptação funcional, determinam a qualidade da vida social” (Figueiredo, 2009,p.30).

Para a Antropologia o conceito de família é cultural, pois cada cultura possui o seu conceito sobre os valores e cada sociedade cria o sentido dos valores que representam não só a família como a responsabilidade e privilégio de cada um dos seus membros.

Ao longo dos tempos ela tem sofrido modificações no que diz respeito às funções e papel de cada um dos seus membros. Sampaio e Gameiro (1985) citados por Alarcão (2006) definem família como “um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um

processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados” (Alarcão,2006). Barudy (1998) citado por Azevedo e Maia refere que

a família é, relativamente à sua estrutura, um conjunto de membros que, através de contínuas interacções, se agrupam em subsistemas; casal, irmãos, avós, adultos, crianças, etc. A família tem capacidade para modificar a sua própria estrutura, para se poder adaptar, sem perder a sua identidade. (Azevedo e Maia, 2006, p.63)

Na maioria das sociedades a família exerce três funções principais em relação à criança: proporciona cuidados físicos, educa-as e treina-as para se adaptarem à cultura vigente, assumindo a responsabilidade pelo seu bem - estar psicológico e emocional (Pedro, 2009).

Cada família possui a sua própria cultura, pertencendo a uma cultura mais vasta que é a da sociedade em que vive e este aspeto não pode ser descurado quando se interpreta o funcionamento de uma determinada família ou a sua forma de integrar as crianças no seu seio. Todos estes aspectos condicionam em muito a parentalidade, a forma como uma nova criança é acolhida no seio da sua família.

O nascimento de um filho marca a segunda etapa do ciclo vital da família, exigindo um ajustamento a um novo sub-sistema conjugal que é a parentalidade (Alarcão, 2006). Assim, “a sociedade espera de cada família uma adaptação a um ciclo normativo, mais ou menos flexível, e estas expectativas exercem pressão para que a família se adapte” (Gimeno,2001, p.133).

Nos últimos anos assiste-se a uma mudança nos modelos familiares, sendo que a questão da parentalidade passou a fazer parte do domínio público, com a regulação do poder paternal, existindo uma maior preocupação com o bem - estar da criança (Williams, 2010).

Os cuidados centrados na família, reconhecem os pais como constantes na vida da criança, como elementos centrais no cuidado a esta, sendo as intervenções realizadas utilizando as capacidades da mesma, levando em conta as necessidades quer da criança quer da sua família (Lippincott, Williams e Wilkins, 2006). Entende-se por capacitar práticas que ajudam os membros da família a adquirir competências para satisfazer as necessidades da criança (Lippincott, Williams e Wilkins, 2006). O papel parental engloba deveres, obrigações, e direitos, que diferem de cultura para cultura de acordo com a expectativa social.

A parentalidade pode ser entendida como: o educar, o desenvolver de uma criança, o que implica a existência e manutenção de uma relação entre duas gerações, (Lalanda, 2012). Esta não é uma definição consensual, podendo ser também entendida como o conjunto de “atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da

criança” (Hoghughi, 2004, p. 5), num ambiente seguro (Reader, Duncan, & Lucey, 2005), que propicie a sua socialização e a torne progressivamente mais autónoma (Maccoby, 2000), citados por Lalanda (2012, p.11). Ou ser assumida como:

a acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não. (CIPE, 2006, p.43)

É importante focar aqui o que se entende por necessidades da criança uma vez que se fala de capacitar os pais para a satisfação dessas mesmas necessidades e se considera a não satisfação das mesmas como uma situação de negligência parental.

Assim, a criança tem necessidades essenciais durante qualquer estágio do seu desenvolvimento e que “são as necessidades físicas, biológicas e emocionais, incluindo o amor, segurança emocional, disciplina, independência e auto – estima”, (Whaley e Wong, 1989, p.15).

Tendo em conta a hierarquização de necessidades segundo Maslow podemos dizer que a criança necessita de auxílio para satisfazer aquelas que estão na base da pirâmide, as necessidades fisiológicas que incluem alimentação, higiene, sono e repouso.

O primeiro ano de vida da criança assume especial importância no seu crescimento e desenvolvimento, sendo que os primeiros padrões de prestação de cuidados têm tendência a persistir e influenciar a interação dos pais com a criança ao longo do tempo (Hanson, 2004 citado por Costa, 2010). É neste período que se verificam mais alterações dos papéis sociais da família, acompanhados pela necessidade de redefinir e reorganizar projetos de vida.

Estas mudanças, inerentes ao processo de parentalidade, são múltiplas e vão exigir com frequência alterações nos papéis familiares, podendo a forma de as vivenciar influenciar a qualidade da saúde da família (Soares, 2008). As transições têm vindo a ser consideradas como um conceito central da enfermagem, os clientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, como tal, a sua saúde poderá ser atingida (Meleis,*et al*, 2000 e Nelson, 2003).

O Modelo de Transição de Afaf Meleis surge como forma de explicar estas transições, a sua natureza (tipos, padrões e propriedades das experiências de transição), os condicionalismos às mesmas (facilitadores ou inibidores), os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e as intervenções terapêuticas de enfermagem (Soares, 2008).

Meleis *et al.* (2000), identificam quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem, defendendo que os indivíduos podem atravessar transições do tipo: saúde-doença, situacional, desenvolvimental e organizacional.

Identificam ainda cinco atributos ou propriedades que são: a consciencialização, o empenhamento, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição, e os acontecimentos e pontos críticos. O papel de pai/mãe é apenas um de uma série de papéis interligados que vai ocupar os pais e qualquer alteração ao mesmo pode afetar a capacidade de funcionamento dos restantes (Rennick, 1986).

A transição para a parentalidade pode ser considerada como uma das que coloca a pessoa vulnerável. Esta vulnerabilidade advém do facto da pessoa não saber como agir perante uma situação que nunca experienciou antes; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento, sentindo-se insegura e incapaz de fazer face à nova situação.

Dos casos acompanhados em 2012 pelas CPCJ em Portugal, 99,3% das crianças residem com a família biológica, 42,55 com a família nuclear e 34,9% em agregados monoparentais, revelando a grande necessidade de se atuar ao nível da família se se quiser diminuir efectivamente o número de casos de negligência na infância.

1.4.A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção da Negligência Infantil nas Famílias com Crianças dos 0-2 anos

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2011, p.4)

Os enfermeiros como detentores de saberes científicos e técnicos assim como de conhecimento das populações onde intervêm são elementos chave senão na resolução deste tipo de problemática, pelo menos na diminuição da ocorrência da mesma.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) considera como acção prioritária a capacitação dos pais ou outro adulto de referência da criança enquanto prestadores de cuidados principais, referindo igualmente que

o aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias os assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo. (DGS, p.7)

Uma das linhas orientadoras do referido programa diz respeito à valorização dos cuidados antecipatórios,

como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde. (DGS, p.7)

A promoção da saúde é uma das responsabilidades dos enfermeiros para com a comunidade, segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (artigo 80º), este assume do dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido” (...), assim como o de “participar na orientação (...) e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” (Código Deontológico do Enfermeiro 2005, p.83).

No que respeita ao dever para com as crianças no artigo 82º do referido código vem explicito que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p.89).

Assim, o enfermeiro tem como acção prioritária proteger a criança de qualquer forma de mau trato, devendo para tal conhecer a família para poder adequar a intervenção. Tal como nos refere o regulamento nº 128/2011, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem como competências específicas:

- 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 objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (regulamento nº 128/2011, p.8667)

Segundo Magalhães (2011) as transições pertencem ao domínio da disciplina da enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença, podendo ser consideradas o movimento e a adaptação para a mudança, neste sentido a pessoa experimenta descontinuidade na sua vida, tendo que tomar consciência de novas competências, adoptando respostas comportamentais de ajustamento às novas exigências, reestruturando competências pessoais relacionamentos.

O enfermeiro é muitas vezes o profissional de saúde mais próximo da família, avaliando, planeando e prestando cuidados de acordo com a situação (Soares, 2008). Reforçando a importância da acção desenvolvida pelos NACJR em fevereiro de 2014 foi

emitido pela DGS um documento em que explicita a forma de atuação destes núcleos, a sua autonomia funcional e a necessidade dos ACES disponibilizarem recursos humanos e materiais necessários ao seu funcionamento, tendo aqui o enfermeiro um papel fundamental na integração destas equipas.

Num processo de transição, como o da transição para a parentalidade, o enfermeiro é o cuidador principal do cliente/família, devendo estar atento às suas necessidades e às mudanças que esta transição acarreta para a mesma, (Meleis et al.,2000, citados por Soares, 2008,p.13).

Desta forma o cliente deve ser perspectivado como um

(...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio” (Meleis,2005, p.107).

Para a mesma autora, a saúde revela-se por uma consciencialização, *empowerment*, controlo e mestria na vida, sendo a ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, colocando as pessoas na iminência de uma transição.

Apesar das transições poderem ser encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, diferentes autores são unânimes em afirmar que a transição para a parentalidade pode ser considerada como o momento de crise por serem muitas as alterações ocorridas neste período.

A parentalidade constitui uma nova fase do ciclo de vida familiar. Na perspetiva desenvolvimental envolve a complexificação do sistema familiar, e conseqüentemente a redefinição de papéis e tarefas. É considerada uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta, decorre frequentemente de uma opção mas pelo carácter irreversível do compromisso assumido pode considerar-se uma transição especialmente critica (Martins, 2013).

Na transição para a parentalidade ocorrem transformações a nível individual, conjugal e social, através das quais os pais redefinem a sua identidade parental desenvolvendo competências para lidar com o desafio de cuidar e educar uma criança (Magalhães, 2011). Esta transição acontece se a pessoa está consciente das alterações que estão a decorrer (Chick e Meleis, 1986), isto significa que a consciencialização é uma premissa necessária para a existência de transição, sendo que quanto maior é a consciencialização maior é o envolvimento e o investimento da família na transição. (Meleis *et al.*,2000).

Neste contexto o enfermeiro tem um papel fundamental, pois ao acompanhar os pais durante todo este processo pode atempadamente identificar se o casal está consciente desta nova realidade orientando e supervisionando de forma a facilitar as transições dirigidas para a

saúde e a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento (Meleis e Trangenstein, 1994).

Cada família poderá atribuir um significado diferente às transições, influenciando assim o resultado das mudanças decorrentes das mesmas e o não retorno à condição pré existente (Magalhães, 2011). Todo este processo é acompanhado por emoções, sentimentos e atitudes muitas vezes relacionadas com as experiências anteriores dos pais. Chik e Meleis (1986) consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade. Indicadores de transições são o bem-estar subjectivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Schumacher e Meleis, 1994).

Em qualquer etapa do seu desenvolvimento a criança necessita da família para satisfazer as suas necessidades básicas (Simões, 2012), sendo que a educação parental deverá ser constituída por um conjunto de intervenções que terão como objectivo a promoção da saúde, a prevenção de comportamentos de risco e a autonomia das famílias (Simões, 2012).

Assim, a intervenção desenvolvida procurou maximizar o bem-estar das famílias, contribuindo para o processo de capacitação das mesmas.

2. Metodologia

A metodologia usada na intervenção comunitária foi a de Planeamento em Saúde, pois “o planeamento não é só uma «forma de diminuir a angústia do futuro», mas de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência”. (Imperatori e Giraldes, 1993, p.21).

Este processo visa a racionalização de recursos, com vista à consecução dos objectivos fixados, reduzindo os problemas de saúde que tiverem sido considerados prioritários, coordenando esforços dos vários sectores socio económicos (Imperatori e Giraldes 1993). O conhecimento das etapas do planeamento em saúde é fundamental para o desenvolvimento das intervenções, sendo que de seguida se descrevem as etapas deste processo que foram realizadas.

2.1. Diagnóstico da Situação

O diagnóstico de situação, ao caracterizar 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 actividades e acompanhar e avaliar os resultados”. (Imperatori e Giraldes, 1993, p.47)

2.1.1. Contexto de Intervenção

O contexto no qual se desenvolveu a intervenção foi uma das unidades funcionais de um ACES, que engloba dois concelhos da região metropolitana de Lisboa, com 393.909 utentes inscritos (SINUS, 2013) e que abrange uma área geográfica de 196 km².

Este ACES é constituído por 10 unidades de saúde familiares, 11 unidades de cuidados de saúde personalizados, 3 unidades de cuidados na comunidade, 1 unidade de cuidados continuados, 1 unidade de saúde pública e 1 unidade de recursos assistenciais partilhados, totalizando 27 unidades funcionais. Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica.

A UCSP em questão situa-se no concelho de Loures, presta cuidados a cerca de 22027 utentes, numa área territorial de cerca de 7,24 km². Destes utentes encontravam-se inscritas, em novembro de 2013, 3850 crianças (dos 0 aos 18 anos), sendo que 274 delas com menos de 2 anos de idade e destas 144 são utilizadoras de todos os serviços da unidade, as restantes apenas recorrem ao serviço para efectuar vacinação, realizando a restante vigilância de saúde em serviços de saúde privados (dados recolhidos no sistema SINUS).

2.1.2.Amostra

Considerando o número de crianças com menos de 2 anos de idade sinalizadas a entidades de primeira linha, nomeadamente NACJR e segunda linha (CPCJ) por motivo de negligência parental, foi considerado pertinente focar a intervenção junto do grupo de famílias com crianças dentro dessa faixa etária.

Por uma questão de limitação temporal seleccionou-se uma amostra intencional, não probabilística, em que “a seleção de elementos para a amostra não é necessariamente feita com o objetivo de ser estatisticamente representativa da população” (Hair, Babin, Money, Samouel, 2003, p. 246).

Assim, a amostra é constituída pelas famílias das crianças dos 0 aos 2 anos que frequentaram a consulta de Saúde Infantil e Juvenil da UCSP no período compreendido entre os dias 7 e 31 de maio de 2013, sendo que esta contou com a participação de 34 famílias (não existindo nenhuma família excluída).

Consideram-se critérios de inclusão pais/cuidadores de crianças com menos de 2 anos de idade, que sabiam ler e escrever e que após apresentação do projeto aceitaram colaborar no mesmo.

2.1.3.Instrumento de Colheita de Dados

Solicitou-se à Sr^a Directora Executiva do ACES autorização para a realização deste projeto, para a recolha de dados bem como para a menção do nome da instituição no mesmo (Apêndice I).

Recolheram-se dados no SAPE e no Sinus, nos processos de cada criança, nomeadamente o seu estado vacinal, as vindas ao serviço e respectivas faltas a marcações quer de consultas quer de vacinas, dados referentes à evolução do seu peso e registos respeitantes aos motivos de alteração do mesmo, quando existentes.

Foi seleccionado como instrumento de colheita de dados o “*Protocolo de Avaliação das Necessidades da Criança dos 0 aos 2 anos*”, do ISS, tendo sido solicitada autorização à referida entidade para a utilização do referido instrumento (Apêndice II), este é baseado num instrumento do Departamento de Saúde Inglês, e é neste momento um dos documentos técnicos integrantes do Manual de Assessoria Técnica aos Tribunais do ISS. Respeitando os princípios éticos elaborou-se um consentimento informado que foi entregue às famílias aquando da explicação do objectivo do estudo (Apêndice III). A participação dos indivíduos em qualquer projecto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos seus direitos, tal

como refere o artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro no respeito pelo direito à auto determinação o enfermeiro assume o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p.109).

Para a caracterização socio demográfica da amostra aplicou-se um questionário (Apêndice IV), seguido da recolha de informação através do referido instrumento de Avaliação das Necessidades da Criança – Saúde (Apêndice V).

2.1.4. Análise e Discussão dos Resultados

Para a análise e tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa informático Microsoft Office Excel 2010 (Apêndice VI e Apêndice VII).

No que respeita às características sociodemográficas da amostra verificou-se que, em 76% das famílias, o acompanhante da criança na vinda à consulta é um cuidador feminino, maioritariamente com idade entre os 32 - 40 anos, sendo os restantes divididos de igual modo pelas faixas etárias dos 18-25 anos e 26-31 anos (apenas 3 tinham mais de 40 anos). Maioritariamente vivem em união de facto (41%) e trabalham por conta de outrem (71%) sendo a principal fonte de rendimento o salário, 20% estão desempregados. O nível de escolaridade é sobretudo o 1º ciclo, residem em apartamento alugado, em bairro residencial classe média, com todas as condições de higiene e salubridade.

A maioria das crianças residem com os pais e irmãos (14), sendo que 7 crianças residem com os pais e avós. No que se refere ao número de filhos 13 crianças são filho único. De acordo com os dados verifica-se um baixo nível de escolaridade que evidencia um risco relativamente à satisfação das necessidades da criança, segundo dados da CPCJ o número de sinalizações às comissões de crianças pertencentes a famílias com baixa escolaridade é maior do que o de famílias com maior escolaridade (CPCJ,2012).

Relativamente às Necessidades da Criança – Saúde em 62% dos casos a altura e o peso das crianças não se encontram dentro dos percentis considerados pela DGS ideais para a idade; 56% das crianças não apresentam um padrão de sono regular; 71% das crianças não são alimentadas adequadamente, não recebendo uma dieta adequada e nutritiva, incluindo líquidos; em 65% dos casos as crianças não apresentam cuidados básicos de higiene, não tomando banho regularmente e 50% das crianças apresenta-se com a roupa descuidada.

Em 53% dos casos as consultas de rotina da criança não são cumpridas, sendo que em 59% dos casos não é realizado um contato regular com o centro de saúde (enfermeiro ou

médico de família). Em 62% dos casos os pais não tomam medidas adequadas para prevenir a ocorrência de acidentes e 76% dos pais não lêem regularmente para as suas crianças.

2.1.5. Identificação dos Problemas

Segundo Imperatori (1993) só a partir do diagnóstico de situação se intervém, sendo que este deve corresponder às necessidades de saúde da população.

Assim, perante os resultados obtidos, identificam-se os seguintes problemas de saúde:

- ✓ Padrão alimentar desadequado em 71% das crianças dos 0-2 anos de idade
- ✓ Défice de cuidados básicos de higiene em 65% das crianças dos 0-2 anos de idade
- ✓ Padrão de sono irregular em 56% das crianças dos 0-2 anos de idade
- ✓ Contacto irregular com o centro de saúde em 59% das crianças dos 0-2 anos de idade
- ✓ Défice de medidas de prevenção de acidentes em 62% das famílias com crianças dos 0-2 anos de idade
- ✓ Défice de momentos de leitura regulares às crianças dos 0-2 anos de idade em 76% das famílias

2.2. Determinação de Prioridades

A selecção de prioridades corresponde á segunda fase do processo de planeamento em saúde, sendo condicionada pela etapa anterior, o diagnóstico de situação (Tavares, 1990).

A hierarquização destas prioridades é feita nesta etapa, sendo que a mesma visa a utilização de forma eficaz dos recursos disponíveis (Tavares, 1990).

Os critérios utilizados devem ser objectivos e concretos, sendo que neste trabalho se optou pela técnica da grelha de análise.

Segundo Tavares (1990) esta técnica permite determinar prioridades com base em quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projecto da intervenção.

Nesta grelha atribui-se sucessivamente a classificação (+) ou (-), de forma sequencial aos critérios enunciados obtendo-se no final um resultado (seguindo a própria grelha) e sendo que o valor inferior corresponde à prioridade máxima (Anexo I).

Com base nesta grelha de análise construiu-se uma tabela que ilustra a classificação atribuída a cada problema (Apêndice VIII).

Em relação aos problemas “padrão alimentar desadequado em 71% das crianças dos 0-2 anos de idade”, “défice de cuidados básicos de higiene em 65% das crianças dos 0-2 anos de

idade”, “padrão de sono irregular em 56% das crianças dos 0-2 anos de idade” e “défice de medidas de prevenção de acidentes em 62% das famílias com crianças dos 0-2 anos de idade” foram todos classificados de igual forma, com (+) quanto à importância do problema e relação problema/fator de risco, com (-) nos critérios capacidade técnica de intervir e exequibilidade, tendo-se obtido em todos uma classificação final de 4.

Em todos eles se reconhece a sua importância e potencial de fator de risco, mas não se reconhece capacidade e exequibilidade para a intervenção.

O “contacto irregular com o centro de saúde em 59% das crianças dos 0-2 anos de idade” foi classificado com (+) na sua importância e na relação problema / factor de risco pois só através do frequente contacto das famílias com a equipa de saúde se estabelecem condições propícias à observação e diagnóstico de necessidades / problemas nas mesmas.

Se uma família não recorre com regularidade à unidade funcional de saúde a equipa dificilmente detetará eventuais problemas, quer ao nível dos cuidados básicos à criança, quer ao nível do desenvolvimento físico e cognitivo da mesma, não sendo deste modo possível intervir de forma a prevenir eventuais situações de negligência por parte da família. No que respeita à capacidade técnica para intervir é classificado com (+) pois é possível estabelecer linhas de conduta e atuação para estas situações de forma a dar resposta às mesmas.

Quanto ao problema “défice de momentos de leitura regulares às crianças dos 0-2 anos de idade em 76% das famílias” foi classificado com (-) em todos os critérios pois não foi considerado um problema prioritário e inexecutável de resolver durante o desenvolvimento desta intervenção.

Assim, a classificação de 2 foi atribuída ao problema do “contacto irregular com o centro de saúde em 59% das crianças dos 0-2 anos de idade” tornando-o prioritário para a intervenção.

Como refere Tavares (1990) quando se determina um problema como prioritário retém-se a ideia do rumo que o projecto deve seguir, mas não é obrigatoriamente necessário ignorar os restantes problemas identificados na etapa do diagnóstico da situação. Assim, ao intervir ao nível do problema identificado poder-se-á intervir ao nível dos restantes.

É esperado que as famílias cuidem das suas crianças ao longo do seu crescimento, proporcionando-lhes condições favoráveis ao seu desenvolvimento físico, emocional e cognitivo, sendo que “ a família é a estrutura fundamental de qualquer sociedade, sendo a primeira comunidade em que o indivíduo se insere e nela que recebe contributos

indispensáveis ao seu desenvolvimento e autonomia, que podem ser ou não promotores de saúde” (Simões,2012, p.33).

Se as famílias estabelecerem um contacto regular com a unidade funcional de saúde aumenta a possibilidade de actuação ao nível da prevenção da negligência nos cuidados à criança.

2.2.1.Diagnósticos de Enfermagem

O problema identificado como prioritário pode estar relacionado com a dificuldade em efectuar de forma adequada a transição para a parentalidade. Segundo Melleis (1994), o enfermeiro tem um papel de facilitador nesta transição por estabelecer contato privilegiado com a família.

Os cuidados parentais, a interacção pais/filhos nos primeiros meses de vida da criança são determinantes no processo de vinculação, na promoção de um adequado desenvolvimento emocional, intelectual e comportamental da criança (Zuzarte, Calheiros, 2010), sendo a intervenção precoce em famílias de risco essencial na prevenção de problemas neste domínio.

O diagnóstico de enfermagem é fundamental para o planeamento e implementação de intervenções eficazes na resolução de determinada situação ou problema.

Assim, o uso de uma linguagem comum e acessível a todos os enfermeiros é fundamental para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade. Neste caso será utilizada a linguagem CIPE2 ® e definiu-se o seguinte diagnóstico de enfermagem:

- ✓ Desempenho do papel parental comprometido nas famílias com crianças dos 0 aos 2 anos de idade inscritas na UCSP, relacionado com o contacto irregular com a consulta de enfermagem de saúde infantil.

2.3. Fixação de Objectivos

Segundo Tavares (1990) a fixação dos objectivos é a etapa que fornece normas e critérios para a execução das actividades posteriores.

Na formulação de um objectivo este autor enumera cinco elementos que devem ser incluídos na sua formulação: “a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população alvo; a zona de aplicação do projeto; e o tempo em que deverá ser atingido” (Tavares, 1990, p.117). Assim delineou-se, como objetivo da intervenção comunitária:

- ✓ Promover a capacidade das famílias com crianças dos 0 aos 2 anos, inscritas na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil da UCSP, para a vigilância de saúde como forma de prevenir a negligência infantil, de 1 de outubro de 2013 a 15 de fevereiro de 2014.

Os objetivos operacionais ou metas são “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades (...) mensuráveis a curto prazo.”(Tavares,1990,p133). Como objectivos operacionais definiu-se:

- ✓ Aumentar em 20% as famílias com crianças dos 0 aos 2 anos com pelo menos um contato regular com a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil na UCSP no período de 2 a 22 de dezembro de 2013.
- ✓ Aumentar em 70% os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCSP para a utilização de estratégias de detecção precoce de situações de negligência infantil nas famílias com crianças dos 0 aos 2 anos.

De acordo com o mesmo autor é de salientar a pertinência da selecção de indicadores para os problemas de saúde prioritários, de forma a revelar a sua actual dimensão e a sua evolução. Assim e de acordo com o planeamento em saúde (Tavares,1990) consideram-se dois tipos de indicadores: os indicadores de resultado ou impacto (medem a situação actual do problema identificado e devem traduzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem) e os indicadores de actividade ou execução (relacionados directamente com as actividades planeadas).

Como indicadores de resultado ou impacto definiu-se:

- ✓ N° de famílias com crianças dos 0 aos 2 anos que compareceram na UCSP após visita domiciliária/N° total de famílias com crianças dos 0 aos 2 anos, inscritas e que frequentam a consulta de enfermagem de saúde infantil da UCSP constituintes da amostra x 100;
- ✓ N° de profissionais de enfermagem da UCSP que aumentaram os conhecimentos relativos à utilização de estratégias de detecção precoce de situações de negligência infantil nas famílias com crianças dos 0-2 ano/ n° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100;

Como indicadores de atividade ou execução foram delineados os seguintes indicadores:

- ✓ N° de visitas domiciliárias realizadas a famílias com crianças dos 0 aos 2 anos/N° de visitas domiciliárias programadas x 100;
- ✓ N° de profissionais de enfermagem da UCSP presentes na ação de formação/ n° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100;
- ✓ N° de documentos informativos distribuídos na sessão de formação/n° de profissionais de enfermagem da UCSP que participaram na sessão x 100;

2.4. Seleção de Estratégias

Esta é uma etapa relevante pois é dela que se gera a configuração e o modo mais adequado de dar resposta aos problemas de saúde priorizados, ou seja, perante um conjunto coeso de técnicas específicas e ordenadas é exequível obter os objetivos delimitados (Tavares, 1990).

A parentalidade é mais do que uma tarefa, é também uma relação em crescimento e transformação ao longo do tempo. Desta relação de interação entre os membros de uma família saem os contributos para o desenvolvimento e autonomia de cada indivíduo (Simões, 2012).

A comunidade tem um papel importante no fornecimento das condições para que as famílias possam exercer essa função adequadamente, assim, como elementos dessa comunidade os serviços de saúde têm igualmente um papel fundamental. Segundo a Carta de Ottawa (1986) a promoção de saúde é definida como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

De acordo com Varanda (2011) capacitar pode entender-se por criar oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências (...).

A visita domiciliária é uma das actividades mais importantes no cuidado de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, pois permite o conhecimento da realidade e do contexto em que os mesmos se inserem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros

O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou contrato de acção com a família. O foco dos cuidados é as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente. (Parecer nº 12/2011,p.3).

De acordo com o Dec.-Lei 70/2000 de 4 de Maio:

Incumbe especialmente ao Estado para protecção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde: (...) f) promover e incrementar a visitação domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde. (Portugal, 2000, p.1827),

ficando deste modo explicito que esta é uma das obrigações do Estado Português na protecção à infância, sendo reforçado pelo programa nacional de saúde infantil e juvenil que refere ser

de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visitação domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco (2013, p.7).

Segundo Zacarias (2011) o enfermeiro ao prestar cuidados domiciliários apoia e maximiza o papel indiscutível dos membros da família, dando a informação necessária para uma parceria de cuidados, tendo em linha de conta as necessidades da família como um todo, mas igualmente e as necessidades de cada membro desta, respeitando a sua individualidade.

Para Cruz e Bourget (2010) esta é uma intervenção que aproxima os profissionais da dinâmica e contexto familiar sendo um meio privilegiado de prestação de cuidados curativos, de promoção, prevenção e ou reabilitação da saúde daquela família.

Cuidar em contexto domiciliário supõe o reconhecimento dos valores culturais, das crenças e convicções da família objecto desse cuidado.

Os cuidados de saúde são o ponto de partida no contacto da pessoa, da família e da comunidade com o sistema de saúde, permitindo que a assistência na saúde se aproxime o mais possível dos locais onde a população está inserida.

Neste sentido, a visita domiciliária deve ser entendida como uma estratégia de intervenção para a prestação de cuidados de enfermagem junto da família., sendo definida como:

um conjunto de actividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e tem como objectivo proporcionar cuidados de saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação com a responsabilização do utente e da sua família, e colaboração com os profissionais de saúde, no domicílio dos clientes (...) (Garcia, 1997, p. 27).

Para a WHO (2008), os enfermeiros representam o maior grupo profissional em cuidados domiciliários. Compete-lhes a avaliação, o desenvolvimento de planos de cuidados, a prestação de cuidados e a identificação das necessidades de intervenção de outros profissionais. Igualmente, devem fazer o melhor uso dos recursos disponíveis e prestar informação à pessoa e à família.

A visita domiciliária deve ser entendida como uma prática antecipatória, proporcionando aos profissionais um espaço para o diálogo, permitindo um acompanhamento de proximidade, um conhecimento e reconhecimento das famílias na sua integra (Duarte, 2010). Assim

a visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade do técnico com a família, revelando-se o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, possibilitando ganhos em saúde a todos os elementos da família (Filipe, 2011, citando Rice, 2004).

Segundo Teixeira (2011) uma das principais vantagens da visita domiciliária é proporcionar ao enfermeiro conhecimentos acerca das famílias, inseridas no seu meio natural de vida, condições habitacionais, aspectos ligados ao relacionamento entre os diferentes elementos da família, proporcionando informação que permite adaptar as intervenções aos recursos da família.

Refere ainda que é um método que facilita o relacionamento entre os profissionais e a família, por ser menos formal e mais sigiloso comparado com outras actividades realizadas nos serviços, proporcionando igualmente às famílias maior liberdade para exporem os seus problemas pois o tempo dedicado a eles é maior.

Ainda segundo a mesma autora as principais limitações prendem-se com os seus custos, quer ao nível dos recursos humanos, quer ao nível do transporte e em que se gasta muito tempo quer na sua execução, quer na sua avaliação.

Podem ser definidas do seguinte modo as fases do planeamento e execução da visita domiciliária:

| | |
|-----------------------|--|
| I Fase de Iniciação | Clarificar a fonte de encaminhamento para a visita; Clarificar o objectivo da visita domiciliária; Partilhar informação com a família sobre o motivo e objectivo da visita domiciliária. |
| II Fase De Pré-Visita | Iniciar contato com a família; Validar com a família a perceção sobre o objectivo; Determinar com a família a vontade de ser visitada no domicílio; Marcar a visita domiciliária; Rever dados de encaminhamento e/ou os registos familiares. |
| III Fase no Domicilio | Apresentar e identificar o profissional; Interagir para estabelecer aproximação; Estabelecer relação enfermeiro-família; Implementar do processo de enfermagem. |
| IV Fase de Terminus | Recapitular a visita com a família; Planear visitas futuras. |
| V Fase de Pós-Visita | Registar a visita domiciliária; Planear a visita domiciliária seguinte. |

Adaptado de Cherry (1999, p.533) in Stanhope, M. ; Lancaster, J. (1999) Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.

Ao abordar o problema da ligação das famílias à unidade funcional de saúde procura-se aumentar a equidade em saúde, definida como ausência de diferenças evitáveis, passíveis de modificação (OMS, 2010), sendo de acordo com esta entidade a oportunidade de cada individuo atingir o seu potencial de saúde.

Existem factores como o nível educacional, as atitudes e crenças que podem alterar a perceção do individuo face à necessidade dos cuidados de saúde, mas a acessibilidade é sem dúvida um dos determinantes condicionantes a este acesso.

No que respeita aos profissionais de saúde da UCSP tornou-se pertinente efectuar a identificação dos seus conhecimentos na área temática da negligência infantil através de um questionário (Apêndice IX), para posteriormente se elaborar uma acção de formação que se espera dê resposta às suas necessidades.

2.5.Preparação Operacional – Programação

Dando seguimento à metodologia do planeamento em saúde esta é a quinta etapa, na qual e segundo Tavares (1990) se deve especificar as atividades de acordo com os objetivos operacionais estabelecidos.

Ainda segundo este autor cada actividade a desenvolver deve ser individualizada da seguinte forma: quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; objetivos a atingir; e avaliação da actividade, sendo possível através destes parâmetros formular uma programação que permite explicar cada uma das actividades desenvolvidas.

De acordo com o problema identificado como prioritário à intervenção a estratégia seleccionada foi a visita domiciliária, assim, foi necessário proceder à programação da mesma, de acordo com alguns critérios, nomeadamente localização geográfica dos domicílios e existência de informação acerca da presença regular de algum familiar no domicílio durante o dia.

Consultando novamente os questionários efetuados a cada uma das famílias em maio de 2013 foi possível obter essas informações e proceder à programação das visitas de forma a conseguir abranger um maior número de famílias em cada saída para a comunidade. Solicitou-se a colaboração dos enfermeiros da UCSP no sentido de se disponibilizarem a participar nesta actividade no exterior (evitando deste modo a deslocação de um enfermeiro sozinho ao domicilio das famílias) e consequentemente solicitou-se a autorização à Sr^a Enfermeira Chefe do ACES tendo sido concedida.

Deste modo procurou-se consciencializar e motivar a equipe de enfermagem da UCSP para a importância da utilização desta atividade na sua prática de prestação de cuidados. Esta foi considerada a actividade 1 , tendo a sua preparação decorrido entre 25 e 29 de novembro e a sua execução entre 2 e 12 de dezembro.

Esta actividade teve como objectivo estabelecer o contato com as famílias e agendar o atendimento de enfermagem na UCSP, a ser efectuado até 22 de dezembro (Apêndice X).

Após a realização das referidas visitas domiciliarias, estas foram registadas em documento da DGS, existente com essa finalidade (Anexo III). O seu desenvolvimento encontra-se representado na figura 1.

Figura 1 – Visita domiciliária às famílias



Como referido na figura anterior, quando não a família não se encontrava no domicílio foi deixado um postal na caixa do correio, solicitando o seu contato com a equipe de saúde (Anexo II).

Das visitas domiciliárias e do contato efetuado com as famílias emergiu um problema relacionado com a dificuldade de contato telefónico com a UCSP e dúvidas acerca do funcionamento do atendimento de enfermagem na consulta de saúde infantil da UCSP.

De forma a melhorar o contato com a UCSP foi contactou-se a Sr^a Enfermeira Chefe da UCSP e foi criado um e-mail que permite que as famílias tenham uma forma alternativa de contato com a equipe de enfermagem.

Elaborou-se um folheto informativo para ser entregue às famílias na última consulta de vigilância de saúde materna ou aquando do primeiro contato desta com a unidade de saúde após o nascimento do bebé, onde constam informações relativas ao funcionamento da consulta, contatos e outras informações consideradas importantes pela equipe de enfermagem (Apêndice XI).

Surgiu também a necessidade de uniformizar os procedimentos a adotar em caso de falta das famílias aos atendimentos agendados, sendo criado um fluxograma de atuação (Apêndice XII), mas também no caso de não ser possível realizar as visitas domiciliárias (Apêndice XIII), sendo que ambos os fluxogramas foram apresentados à Sr^a Enfermeira Chefe

do ACES e autorizada a sua implementação na UCSP. Foi igualmente anexado a este segundo fluxograma a ficha de sinalização ao NACJR (Anexo IV).

No que respeita à atividade 2 (Apêndice X) esta foi realizada após análise do questionário aplicado à equipe de enfermagem da UCSP, sendo utilizada uma metodologia que permitiu à equipa compreender a necessidade de formação (Mão de Ferro, 1999).

Esta actividade teve como finalidade dotar os participantes de conhecimentos teóricos acerca da temática da negligência parental e da intervenção precoce junto das famílias, salientando a importância da consulta de enfermagem de saúde infantil e da utilização dos instrumentos de registo existentes (Apêndice XIV).

Devido à pertinência da temática, realizou-se uma apresentação formal aos coordenadores médicos do ACES a pedido da Sr^a Diretora Executiva em contexto de reunião mensal dos mesmos na sede do ACES (Apêndice XIV).

Neste contexto foi agendada uma reunião com o Conselho Clínico do ACES e sugerida a integração desta temática no plano de formação do ACES para 2014, tendo sido aceite e estando planeado dois módulos de formação para abril e maio de 2014.

2.6.Avaliação

Nesta etapa e dando seguimento à Metodologia do Planeamento em Saúde de acordo com Tavares (1990) existe uma confrontação entre objectivos e estratégias, uma verificação da sua adequação. Esta avaliação pode ser considerada retrospectiva, pois utiliza dados já disponíveis, quantitativa e qualitativa.

É de salientar que desde o início do projeto foi manifestado interesse de todos os elementos da equipe de enfermagem da UCSP em integrar e participar nas actividades desenvolvidas. De referir igualmente a adesão das famílias à visita domiciliária, do cumprimento da marcação efectuada e a sua disponibilidade e receptividade ao serem contactadas.

No que se refere aos profissionais de saúde foi notório o seu interesse pelo tema abordado, tendo ido ao encontro das necessidades de formação e proporcionou o desenvolvimento de estratégias de intervenção para dar resposta às situações identificadas.

Com base nos indicadores de avaliação definidos (Apêndice XV) e no que respeita ao número de famílias que compareceram na UCSP após o contato, foi realizada visita domiciliária a 34 famílias, tendo comparecido na UCSP 29 famílias (85,29%).

Todas as visitas domiciliárias programadas foram realizadas atingindo-se os 100%.

- ✓ Relativamente à actividade dirigida aos profissionais da equipe de enfermagem da UCSP e no que concerne ao indicador de resultado ou seja ao número de profissionais de enfermagem da UCSP que aumentaram os conhecimentos relativos à utilização de estratégias de detecção precoce de situações de negligência infantil nas famílias com crianças dos 0-2 ano/ n° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100, este só será possível de avaliar a longo prazo, com base na utilização por parte dos referidos profissionais de estratégias de detecção precoce de situações de negligencia infantil nas famílias com crianças dos 0-2 anos. Quanto aos indicadores de atividade ou execução(n° de profissionais de enfermagem da UCSP presentes na ação de formação/ n° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100 e o n° de documentos informativos distribuídos na sessão de formação/n° de profissionais de enfermagem da UCSP que participaram na sessão x 100) estes foram atingidos na totalidade, 100% (Apêndice XV).

Mais do que os resultados atingidos na execução das actividades é de salientar a valorização das intervenções quer por parte da equipe de saúde local, quer por parte da direcção do ACES, sendo que já estão planeadas formações alargadas a todos os profissionais do referido ACES, acerca desta temática, sendo por isso patente o reconhecimento da instituição da importância da mesma.

CONCLUSÃO:

A sociedade está em permanente mudança, conseqüentemente todas as áreas profissionais têm que se submeter a ajustes e aprender a evoluir de forma a ir ao encontro das necessidades do meio em que se inserem. A enfermagem não é exceção.

Os enfermeiros são pessoas a cuidar de pessoas, como tal têm dificuldades e limitações, como qualquer ser humano. Por terem assumido essa grande responsabilidade de ajudar o próximo têm igualmente uma obrigação ética e moral de permanecer actualizados nos seus saberes (saber ser, saber fazer, saber estar).

A promoção da saúde não pode ficar apenas dependente da intervenção dos profissionais de saúde (Simões, 2012), pelo que se torna importante que o enfermeiro potencialize os recursos da comunidade e garanta assim a continuidade dos cuidados e a sua adequada utilização (Ordem Enfermeiros, 2011).

Compreender as mudanças existentes quer no que respeita ao conceito de infância, quer no que respeita ao modo de interacção das famílias com as suas crianças é importante para poder adequar intervenções ao nível familiar. Só conhecendo a realidade da comunidade onde se insere a família se desenvolvem estratégias adequadas à mesma, respeitando as suas necessidades.

A família desempenha um papel insubstituível no desenvolvimento e socialização das crianças, proporcionando-lhes os cuidados que necessitam em cada etapa do seu desenvolvimento. O exercício da parentalidade ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança é fundamental, a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional desta, culminando no surgimento de problemas de saúde física e mental, podendo esta ausência ou alteração ser considerada uma forma de negligência.

Nestas situações os enfermeiros desenvolvem intervenções precoces no apoio à família para uma melhor adaptação à parentalidade, conhecendo as necessidades da mesma.

Conhecer, compreender, prevenir, capacitar são princípios a respeitar no trabalho a desenvolver na área da promoção de competência das famílias no cuidado à criança dos 0-2 anos no sentido de prevenir situações de negligência.

A oportunidade de reflexão, de investigação, de aprofundar o conhecimento de um determinado grupo da comunidade revelou-se para além de um desafio um conjunto de momentos importantes, que vieram acrescentar saberes possíveis de extrapolar na prática diária da equipe de enfermagem no global, mas sobretudo naqueles que interagem mais frequentemente com famílias com crianças na primeira infância.

A ausência de oportunidades de reflexão, traduz-se numa detecção tardia de problemas, quer do desempenho dos profissionais, quer da própria comunidade e só quando estes se tornam profundos e com repercussões graves são objecto de intervenção, com todos os custos que isso acarreta na saúde física e mental dos envolvidos.

O mau trato na criança é um problema global, multifactorial e multicultural, difícil de resolver, por vezes difícil de compreender e mais ainda de trabalhar com agressores e vítimas respeitando todos os princípios éticos. Como seres humanos nem sempre é fácil de aceitar determinados comportamentos sem emitir juízos de valor ou tomar partido por uma das partes. Quanto melhor se compreender o problema e se dominarem estratégias de intervenção precoce para evitar o mesmo, mais facilmente se evita ser defrontado com situações de violência extrema.

A utilização da metodologia de planeamento em saúde permitiu desenvolver este trabalho de forma estruturada, maximizando o tempo e oportunidade de aprendizagem permitindo a todos os envolvidos um maior ganho de saberes para a sua prática diária.

A esperança que permanece é a de que ele venha a ter continuidade não só nesta UCSP mas no ACES, podendo dessa forma contribuir para um decréscimo de situações de negligência e maltrato infantil ou pelo menos para uma detecção precoce das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2012). Visitação Domiciliária. Acedido em Dezembro 29, 2013, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83O%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>
- Alarcão, M. (2006).- (Des) Equilíbrios Familiares.(3ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Alberto, I.M.M. (2004). Maltrato e Trauma na Infância. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ariès, P. (1988).- A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime. Lisboa: Relógio D'Água.
- Azevedo, M., Maia, A. (2006).- Maus- Tratos à Criança. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Barata, D., Leça, A. (2008). A Criança Maltratada. In Amaral, J.M.V. (Cord.). *Tratado de Clínica Pediátrica*. (180-187). Lisboa: Abbott.
- Borges, I. (2010). *Qualidade da parentalidade e bem - estar da criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Pedagógica-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Ciombra, Coimbra.
- Canha, J. (2003).- *Criança Maltratada.O papel de uma pessoa de referencia na sua recuperação.Estudo prospectivo de 5 anos*.(2ª Edição). Coimbra: Quarteto editora.
- Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (2013). *Relatório Anual de Avaliação da atividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens 2012*. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco.
- Cruz, M. M.; Bourget, M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde soc.*[online]. 2010, (19). 605-613. Acedido em Dezembro, 12, 2013., em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300012&script=sci_arttext

Decreto -Lei 70/2000 de 4 de Maio. Diário da República I Série A. Acedido em Dezembro, 29, 2012, em: <http://dre.pt/pdf1s/2000/05/103A00/18251831.pdf>

Direcção Geral da Saúde (2012). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Comissão de Acompanhamento. Relatório 2011*. Acedido em Junho, 15, 2013, em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017938.pdf>

Direcção Geral da Saúde (2008). *Maus tratos em crianças e jovens. Intervenção da Saúde*. Lisboa: Divisão de Comunicação e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida.

Direcção Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Divisão de Comunicação e Promoção de Saúde no Ciclo de Vida.

Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em Junho, 15, 2013. em: <http://www.dgs.pt/>

Duro, S. (2013).- *Cuidar da família ao longo da vida*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Figueiredo, M.H.J.S. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Gallardo, A. (1994).- *Maus Tratos Infantis*. Porto: Porto Editora.

Gimeno, A. (2001).- *A Família. O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Hair, J., Babin, B., Money, A., Samouel, P. (2003).- *Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração*. São Paulo: ARTMED Editora SA.

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993).- *Metodologia do planeamento em saúde*. (3ª ed.) Lisboa: ENSP: Edições da saúde.

Lalanda, S.C.R.E.S. (2012).- *A percepção das competências parentais por pais e filhos: fatores determinantes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Levin, Esteban (1997).- *A Infância em Cena – Constituição do sujeito e desenvolvimento Psicomotor*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Lippincott, Williams, Wilkins (2006).- *Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, M.S., Catarino, H., Dixe, M.. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Revista. Enfermagem. Ser III (1). Acedida em Dezembro, 29, 2013, em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832010000300012&script=sci_arttext

Machado, C., Gonçalves, R. (2008).- *Violência e Vítimas de Crimes: Crianças*. (3ª ed). Coimbra: Quarteto.

Magalhães, S.C.R.S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado.- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Magalhães, T. (2010). *-Abuso de crianças e jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel.

Martins, C.A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem*. Doutoramento em enfermagem - Universidade de Lisboa, Lisboa.

MELEIS, A. [et al.] (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1),12-28.

MELEIS, A. I. (2010) – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

MELEIS, A.I. (2007) – *Theoretical Nursing: development and progress*. (4^a Ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005).-*Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

OMS (1986).Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: OMS. Acedido em Dezembro, 12, 2013, em: <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/ottawacharter.htm>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido em Junho,15, 2013, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Ordem enfermeiros (2011). Parecer nº 12/2011.Acedido em Dezembro,29, 2013, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/Documents/Parecer.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011) CIPE® Versão 2. Sta M^a da Feira: OE.

REGULAMENTO n.º 128/2011. Diário da República,2^a série,Nº 35 (18-02-2011) 8667-8668.

Reis, V. J. O. (1999). *Crianças e Jovens Em Risco*. . Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade de Coimbra, Coimbra.

Rice, R. (2004) -*Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Lusociência.

Sá, E. (1999).- *Manual de instruções para uma família feliz*. Lisboa: Fim de Século.

Santos, M. (1969). Família e "Socialização": um Aspecto da Evolução Social Contemporânea. *Análise Social* Vol. (VII).25-26, 67-84.

Simões, A.M. (2012). *Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária: "Bem Nascer, Melhor Crescer"*. Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária - Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Saúde, Beja.

Soares, H.M. (2008). *O Acompanhamento Da Família No Seu Processo De Adaptação e exercício Da Intervenção De Enfermagem*. . Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem - Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Sousa, A., Filho, M. (2008). A importância da parceria entre família e escola no desenvolvimento educacional. *Revista Iberoamericana de Educacion*, (44), 1-8.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999).- *Enfermagem comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed., Loures: Lusociência.

Stanhope, M. ; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed). Lisboa: Lusociência.

Unicef (2004). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido em Junho, 15, 2013, em: <http://www.unicef.pt/>

Unicef (2012). *Crianças em um Mundo Urbano. Situação Mundial da Infância 2012*. Acedido em Janeiro, 08, 2013, em <http://www.unicef.pt/>

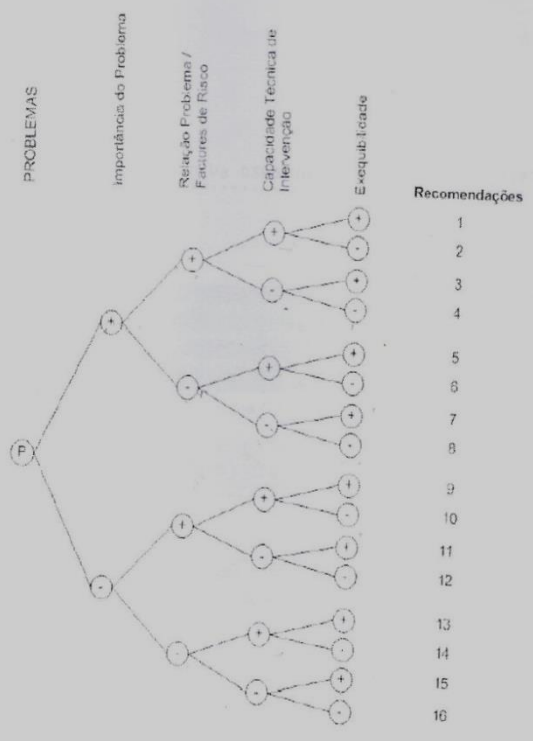
Varanda, A.C. (2011). *Cruzar olhares sobre a intervenção familiar integrada e precoce. Famílias (s) em risco? Percepção das famílias multidesafiadas com crianças em idade pré-escolar em contextos de risco e dos técnicos que as acompanham acerca das suas necessidades e forças*. Dissertação de mestrado em Ciências da Família com especialização em Orientação e Mediação Familiar - Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Instituto de Ciências da Família, Lisboa.

Whaley, L., Wong, D. (1989).-*Enfermagem Pediátrica*. (2ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Williams, F. (2010).- *Repensar as Famílias*.Cascais: PRINCIPIA.

ANEXOS

Anexo I-Grelha de Análise



Fonte: TAVARES, António (1990) – Métodos e técnicas de planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Anexo II-Bilhete postal

BILHETE POSTAL

REMETENTE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
DE LISBOA E VALE DO TEJO
SUB-REGIÃO DE LISBOA

CENTRO DE SAÚDE.....

EXTENSÃO.....

MORADA.....

TELEFONE.....

ENDEREÇO



_____ de _____ de 200__

Ex.^{mo} Senhor

Para assunto de seu interesse, queira comparecer neste
serviço na próxima _____, dia _____ pelas _____ horas.

Sem outro assunto, com os nossos cumprimentos.

A DIRECÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

Anexo III-Registo de Visitação domiciliária

- Registo de Visitação Domiciliária -

| A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| Nome | | <input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem. | Data Nasc. / / |
| Morada (rua, nº e andar) | | Localidade | Cod. Postal |
| Telefone | | Telemóvel | Nº Utente |
| Médico Assistente | OS/USF/UCSP Médico de Família Enfermeiro de Família/Referência | | |
| Restante agregado familiar: Nome: Idade: Ocupação: Nome: Idade: Ocupação: Nome: Idade: Ocupação: | | | |
| B - CARACTERIZAÇÃO | | | |
| Tipo de Habitação: Moradia <input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Outra | | | N.º de assoalhadas |
| Aspecto exterior: Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> | | Aspecto interior: Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> | |
| Bairro: Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> | | Ligação à rede de esgotos: Não <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Colector Público <input type="checkbox"/> | |
| Água: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Eletricidade: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Casa de banho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | |
| Aparência Económica: Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> | | Higiene em casa: Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> | |
| Contacto com a Assistente Social: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Agora não <input type="checkbox"/> Previsto <input type="checkbox"/> | | | |
| Contacto com outro Técnico e/ou Serviço? Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Qual | | | |
| Relação: | Mãe/Filho | Pai/Filho | Mãe/Pai |
| Bom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Razoável | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Má | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Relação com a vizinhança: Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> | |
| Alimentação da Criança/Jovem: Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> | Higiene da Criança/Jovem: Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Má <input type="checkbox"/> |
| Possui sinais de alarme: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais? | Consulta de Vigilância: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quando? Onde? |
| Houve Internamento? Sim <input type="checkbox"/> c/ pais <input type="checkbox"/> s/ pais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Houve Urgência? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Objetivos da visita: | |
| Observações: | |
| Visita Domiciliar realizada por: Data / / Hora | |

Anexo IV-Ficha sinalização ao NACJR

- Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares -

| A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM | | | |
|---|--------------------------|---|--|
| Nome | | <input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem. | Data nasc. / / idade anos e meses |
| Morada (rua, nº e andar) | | Localidade | Cod. Postal |
| Telefone | Telemóvel | Nº Utente | |
| Centro de Saúde | | Jardim-de-Infância/Escola | |
| Médico de Família | | | |
| Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável | | Outras informações de interesse | |
| N.º irmãos Coabitantes: | | | |
| B - DADOS DA SINALIZAÇÃO | | | |
| Instituição Sinalizadora: | | | |
| Contactos da Instituição: | | Email | |
| Telefone | Telemóvel | Fax | |
| Morada | | | |
| Profissional que sinaliza: | | | |
| Contactos: | | | |
| Data de sinalização: / / | | | |
| Data do primeiro contacto com a família na situação em análise / / | | | |
| C - MOTIVO DA SINALIZAÇÃO | | | |
| Mau trato físico: | <input type="checkbox"/> | Negligência: | <input type="checkbox"/> |
| Mau trato psicológico / emocional: | <input type="checkbox"/> | Abandono: | <input type="checkbox"/> |
| Abandono afectivo: | <input type="checkbox"/> | Difuncionalidade parental/familiar: | <input type="checkbox"/> |
| Abuso sexual (suspeita): | <input type="checkbox"/> | Abuso sexual (confirmado): | <input type="checkbox"/> |
| Problemas comportamentais - agressividade contra outros (família, amigos, profissionais), agitação psicomotora: | <input type="checkbox"/> | Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, agitação, ...): | <input type="checkbox"/> |
| Comportamentos activos nos cuidados (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...): | <input type="checkbox"/> | Absentismo escolar sem justificação | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo: | <input type="checkbox"/> | Problema de saúde grave na criança/imóvel | <input type="checkbox"/> |
| Violência doméstica | <input type="checkbox"/> | Risco de Mutilação Genital Feminina | <input type="checkbox"/> |
| Outros motivos: | <input type="checkbox"/> | Comentários: | |

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/síntomas/indicadores e/ou fatores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

| | | | |
|--|---|------------------------------------|---|
| Tipo de Sinalização: <input type="checkbox"/> Suspeita | <input type="checkbox"/> Observação isolada | <input type="checkbox"/> Evidência | <input type="checkbox"/> Observação isolada |
| | <input type="checkbox"/> Observação relacionada | | <input type="checkbox"/> Observação relacionada |

| | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Tipo de Intervenção: <input type="checkbox"/> Urgente | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> Muito Severa |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|

D – INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? Sim Não

- Iniciativas actuais / Medidas já tomadas:
- Encaminhamento para Urgência ;
 - Apoio junto de outro familiar ;
 - Contacto com Psicólogo
 - Contacto com Serviço Social ;
 - Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros ;
 - Contacto com Consulta de Especialidade ;
 - Internamento em Serviço Hospitalar ;
 - Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal;
 - Contacto com CPCJ ;
 - Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) ;
 - Acionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo eminente;
 - Outros

Técnico Responsável pelo plano:

Data de início da implementação do Plano: / /

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? Sim Não

Porquê?

E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?

- Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR
- Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), assumirá-se automaticamente como Gestor de Caso.

NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO

FINALIDADE:

A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e aplicar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção à criança e jovem em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação contida na ficha é confidencial.

Esta Ficha destina-se a intervenções que visam prevenir ou abordar as situações de risco, psicológicas, de aprendizagem ou múltiplas. Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:

1. Sinalização para os Núcleos – Núcleo de Apoio e Cuidados à Juventude em Risco (NACJR) / Núcleo de Assistência

à Criança e Cuidados à Juventude em Risco (NHACJR).

2. Definição da colaboração interprofissional ou intersectorial.

As intervenções podem realizar-se dentro de um e mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a acção de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.

No campo "Idade", dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.

No campo "Jardim-de-Infância/Escola", dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se disponíveis.

No campo "Dados da mãe/pai ou pessoa responsável", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.

No campo "Outras informações de interesse" poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

B – DADOS DA SINALIZAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a inicia e/ou que se mantém como responsável pelo caso.

C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Neste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo "Comentários" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.

Desta secção da Ficha de Sinalização e Articulação, também faz parte a "Lista de sinais, sintomas, indicações e factores de risco observados" que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco observado (potencial ou instalado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "Tipo de Suspeição" e ao "Tipo de Intervenção". Quanto ao Tipo de Intervenção, considera: LIGÉIRA - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; SEVERA - quando a situação implica medidas de promoção e protecção; MUITO SEVERA - quando a criança/jovem se encontra em perigo.

D – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações realizadas actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/secções que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo.

E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR

Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for "Não", a informação de necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação).

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

- 1) A ficha será sempre enviada, preferencialmente por correio electrónico, ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos.
- 2) Quando solicitada colaboração a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio electrónico;
- 3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.

**ANEXO - Suspeita de Maus tratos
Sintomas / Sinais / Indicadores**

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:
Por favor, assinale os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).
No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.
Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

| Físicos | |
|---|--------------------------|
| Hemorragias conjuntivais; | <input type="checkbox"/> |
| Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações); | <input type="checkbox"/> |
| Traumatismo cranio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente; | <input type="checkbox"/> |
| Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas; | <input type="checkbox"/> |
| Fratura de fêmur em criança que não iniciou marcha; | <input type="checkbox"/> |
| Fratura de costelas e/ou corpos vertebrais, fratura de metáfases; | <input type="checkbox"/> |
| Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura) | <input type="checkbox"/> |
| Equimoses, hematomas, excoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo acidental | <input type="checkbox"/> |
| Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, cordão, mãos, chicote, régua...); | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome da criança atarefada (excitada); | <input type="checkbox"/> |
| Persistência de sintomas de difícil explicação; | <input type="checkbox"/> |
| Ausência ou demora na procura de cuidados médicos; | <input type="checkbox"/> |
| Consultas de urgência frequentes, espontaneamente sem motivo justificativo; | <input type="checkbox"/> |
| Intoxicações, sobretudo se comer mais de um agente; | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome de abstinência; | <input type="checkbox"/> |
| Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...); | <input type="checkbox"/> |
| Aspecto mal cuidado; | <input type="checkbox"/> |
| Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada ...); | <input type="checkbox"/> |
| Alcôças traumáticas por amamentamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio; | <input type="checkbox"/> |
| Cansaço, sonolência e apatia frequentes; | <input type="checkbox"/> |
| Outros: | <input type="checkbox"/> |

| Psicológicos/Emocionais | |
|--|--------------------------|
| Trausas, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa; | <input type="checkbox"/> |
| Choro incontrolável no primeiro ano de vida; | <input type="checkbox"/> |
| Perturbações do comportamento alimentar; | <input type="checkbox"/> |
| Perturbações do sono; | <input type="checkbox"/> |
| Alterações do controlo das esfínteres (enuresis, encoprese); | <input type="checkbox"/> |
| Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; | <input type="checkbox"/> |
| Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas; | <input type="checkbox"/> |
| Auto-mutilação; | <input type="checkbox"/> |
| Comportamento ou ideação suicida; | <input type="checkbox"/> |
| Relutância em regressar a casa e/ou fuga; | <input type="checkbox"/> |
| Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição); | <input type="checkbox"/> |
| Outros: | <input type="checkbox"/> |

| Abuso Sexual | |
|--|--------------------------|
| Lesões edematosas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção); | <input type="checkbox"/> |
| Infecções de transmissão sexual; | <input type="checkbox"/> |
| Corimento vaginal persistente ou recorrente; | <input type="checkbox"/> |
| Presença de espermatozóides no corpo da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Laceração do hímen; | <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia vaginal ou anal; | <input type="checkbox"/> |
| Laceração anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; | <input type="checkbox"/> |
| Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; | <input type="checkbox"/> |
| Lesões na pele ou região escrotal; | <input type="checkbox"/> |
| Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua; | <input type="checkbox"/> |
| Gravidez; | <input type="checkbox"/> |
| Condições sexualizadas; | <input type="checkbox"/> |
| Prostituição infantil | <input type="checkbox"/> |
| Outros: | <input type="checkbox"/> |

**Suspeita de Maus tratos
Sintomas / Sinais / Indicadores**

| Na Família ou Criança/Jovem | |
|---|--------------------------|
| Gravidez não aceita/mal vigada/não vigada (pedido de aborto, adopção, ...); | <input type="checkbox"/> |
| Contraceção inadequada/ausente; | <input type="checkbox"/> |
| Família monoparental sem suporte sócio-familiar sustentável; | <input type="checkbox"/> |
| Parentalidade precoce, sem suporte sócio-familiar sustentável; | <input type="checkbox"/> |
| Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questão laboral, exigência habitacional, conflitos familiares, reclusão, outras); | <input type="checkbox"/> |
| Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSV); | <input type="checkbox"/> |
| Criança de higiene e aspecto descuidado dos pais; | <input type="checkbox"/> |
| Pais com comportamentos activos; | <input type="checkbox"/> |
| Falta de autoconfiança na prestação de cuidados; | <input type="checkbox"/> |
| Cuidador com doença mental; | <input type="checkbox"/> |
| Pais apresentam dificuldades de compreensão; | <input type="checkbox"/> |
| Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou de retirado poder parental e/ou outras crianças institucionalizadas; | <input type="checkbox"/> |
| Violência familiar ou doméstica; | <input type="checkbox"/> |
| Separação/Divórcio e Conflitos de custódia; | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocações diversas, ...); | <input type="checkbox"/> |
| Mudança sucessiva de serviços de saúde; | <input type="checkbox"/> |
| Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços; | <input type="checkbox"/> |
| Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou o causador; | <input type="checkbox"/> |
| História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão; | <input type="checkbox"/> |
| Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação; | <input type="checkbox"/> |
| Disciplina demasiado rígida e autoritária; | <input type="checkbox"/> |
| Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida; | <input type="checkbox"/> |
| Protecção excessiva da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| Procura excessiva de cuidados médicos; | <input type="checkbox"/> |
| Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa de Vacinação; | <input type="checkbox"/> |
| Expectativas realistas e/ou negativas em relação à criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afecto com a criança/ jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância; | <input type="checkbox"/> |
| Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem; | <input type="checkbox"/> |
| Família natural dos pais em que se pratica a Mutilação Genital Feminina / Viagem da criança ao país de origem sem explicação plausível | <input type="checkbox"/> |
| Outros: | |

| Circunstâncias do episódio actual | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Há quanto tempo ocorreu? | | |
| Local onde ocorreu: | | |
| Alegado Agressor (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante): | | |
| Outra informação relevante: | | |
| Avaliação de Segurança da criança/jovem se em situação de violência doméstica: | | |
| | Sim | Não |
| O agressor está aqui, agora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A criança/jovem tem medo do agressor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A criança/jovem tem medo de ir para casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A criança conhece a violência doméstica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O agressor maltrata a criança? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existem armas em casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existem ameaças de homicídio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existem ameaças de suicídio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A violência tem aumentado em gravidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Existem dependências de substâncias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Já foi discutido um plano de segurança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outros: | | |

Apêndices:

Apêndice I – Autorização Diretora Executiva ACES

Exmª Srª Diretora do ACES LOURES – ODIVELAS

Recebido em: 06/05/13
Registo Nº: 2729/13 m

Sílvia Ferreira Gonçalves, a exercer funções de Enfermeira Graduada na UCSP de Santa Iria Azóia, a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) a realizar o Projeto de Intervenção Comunitária subordinado ao tema “Promoção das Competências Parentais para Prevenir a Negligência nas Crianças dos 0 aos 2 anos”, vem por este meio solicitar a V.Exª que se digne a autorizar a aplicação de um questionário dirigido aos pais das crianças da faixa etária mencionada.

Este será aplicado no âmbito da consulta de saúde infantil, no corrente mês, sendo respeitado a ética e o sigilo profissionais.

Este projeto tem como orientadora a Srª Profª Cláudia Batacum da ESEL e como Enfermeira orientadora no local de estágio a Srª Enfª Cristina Brás.

Solicito ainda a V.Exª autorização para a implementação e avaliação deste Projeto na UCSP de Santa Iria de Azóia no período compreendido entre outubro de 2013 e março de 2014, assim como para menção do nome do ACES e da UCSP aquando da apresentação dos resultados.

Pede deferimento,

Santa Iria de Azóia, 03 de maio de 2013

Enfª Sílvia Ferreira Gonçalves

31/05/13
opau
6/5/13
JLS

Autorizado
06/05/2013
CBrás

Cristina Brás
VOGAL CONSELHO CLINICO
AGRUPAMENTO VI - LOURES

ILEINE LOPES
Directora executiva
Unidade Agrupamento VI Loures - Sacavém

Apêndice II – Autorização utilização instrumento colheita de dados

Esta mensagem foi reencaminhada por si em 29-04-2013 16:06.

Silvia Gonçalves (ENF_SIA)

De: José.J.Amaro [Jose.J.Amaro@seg-social.pt] **Enviada:** seg 29-04-2013 15:56
Para: Sílvia Gonçalves (ENF_SIA)
Cc:
Assunto: RE: Solicitação de autorização ao documento IMP14.P1.N20
Anexos:

Boa Tarde Sra. Enfermeira Sílvia Gonçalves

Em resposta ao solicitado, comunicamos a nossa autorização para a utilização do IMP14.P1.N20 – Avaliação Diagnóstica – Protocolo de Avaliação por faixa etária, constante no Manual de Assessoria Técnica aos Tribunais do ISS, I.P..
Manifestamos ainda a nossa satisfação, em verificarmos mais uma vez a utilidade e a interdisciplinaridade do referido instrumento, para outros profissionais que trabalham na Área da Infância e Juventude.

Reafirmamos a nossa disponibilidade e apresentamos os melhores cumprimentos,

José Falcão Amaro

Diretor do Núcleo de Assessoria Técnica aos Tribunais e Acolhimento Institucional

Unidade de Infância e Juventude

Departamento de Desenvolvimento Social e Programas | Instituto da Segurança Social, I.P.

Rua D. Francisco Manuel de Melo, nº 3 - 1.º | 1070-085 Lisboa | Tel.: 21 381 06 18

Jose.J.Amaro@seg-social.pt

De: Sílvia Gonçalves (ENF_SIA) [mailto:silvia.goncalves@cssacavem.min-saude.pt]
Enviada: segunda-feira, 29 de Abril de 2013 15:44
Para: José.J.Amaro
Assunto: FW: Solicitação de autorização ao documento IMP14.P1.N20
Importância: Alta

De: Sílvia Gonçalves (ENF_SIA)
Enviada: seg 22-04-2013 11:54
Para: ana.p.alves@seg-social.pt
Assunto: FW: Solicitação de autorização ao documento IMP14.P1.N20

Bom dia Drª,

Desculpe estar de novo a incomodar mas tenho de iniciar a colheita de dados na próxima semana, o que será impossível sem a sua autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados.
Agradeço desde já a sua atenção,

Atenciosamente

Enfª Sílvia Gonçalves

De: Sílvia Gonçalves (ENF_SIA)
Enviada: qui 18-04-2013 13:58
Para: ana.p.alves@seg-social.pt
Assunto: Solicitação de autorização ao documento IMP14.P1.N20

Boa tarde, Exma. Sra. Diretora Ana Alves

Conforme contato telefónico com a Sra. Teresa Rogado, venho por este meio solicitar a sua

autorização para a utilização do documento IMP14.P1.N20 – Avaliação Diagnóstica – Protocolo de Avaliação por faixa etária, como instrumento de trabalho para a avaliação das famílias da UCSP Sta. Iria de Azóia, pertencente ao ACES VII Loures – Odivelas. Sendo Enfermeira Coordenadora da Unidade acima referida, assim como membro integrante da equipa do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco de Sacavém, irei no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), desenvolver um Projeto de Intervenção na UCSP, sobre prevenção de negligência, considerando este instrumento de elevada relevância para a concretização do mesmo. Neste sentido, gostaria de ter da sua parte uma resposta o mais breve que lhe seja possível, uma vez que este Projeto terá início em Maio do corrente ano.

Caso seja necessário, dando maior formalidade ao pedido, existe toda a disponibilidade da parte da Direção Clínica do ACES, para solicitar esta mesma autorização.

Sem outro assunto,

Com os melhores cumprimentos

Sílvia Gonçalves

Apêndice III – Consentimento informado

Consentimento informado

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Sílvia Ferreira Gonçalves, enfermeira a frequentar o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitário no âmbito da “Promoção de Competências parentais para prevenir a negligência à criança dos 0 aos 2 anos”.

Gostaria de contar com a sua colaboração neste projeto, sendo para tal necessário o preenchimento de um questionário.

A confidencialidade e o anonimato serão assegurados. Apenas as informações cedidas pelo questionário poderão ser utilizadas para fins educativos ou de publicação de caráter académico ou científico.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração em qualquer momento do estudo.

Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

Maio 2013

O participante

A Enfermeira

Apêndice IV – Caracterização Socio demográfica

Questionário

Este questionário faz parte de um projecto de intervenção na comunidade realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O Objectivo é analisar os conhecimentos que os pais possuem para o autocuidado das crianças, de modo a percebermos quais as maiores dificuldades para adoptarmos medidas para as tentarmos diminuir. Com tal gostaria que dispensasse algum do seu tempo de modo a responder a este questionário.

Caracterização sócio- demográfica:

1. Sexo:

M↑ F↑

2. Idade:

<18↑

18-25↑

26-31↑

32-40↑

>40↑

3. Estado civil:

Casado↑

Solteiro↑

Divorciado↑

Viúvo↑

União de facto↑

4. Situação perante o trabalho

Conta d'outrem↑

Conta própria↑

Estudante↑

Desempregado↑

5. Nível de instrução:

Sabe ler e escrever↑

1º Ciclo

2º Ciclo↑

3º Ciclo↑

Nível Superior↑

6. Fonte principal de rendimento

Sem rendimentos↑

Subsídio estatal↑

Vencimento (ordenado)↑

7. Tipo de habitação:

Vivenda própria↑

Vivenda alugada↑

Apartamento próprio†
Apartamento alugado†

8. Rede de saneamento básico:
Com água, luz e saneamento básico†
Sem água, luz e saneamento básico†

9. Tipo de bairro onde habita:
Bairro residencial elegante†
Bairro residencial classe média†
Bairro residencial antigo/degradado†
Bairro Social†

10. Pessoas que constituem o agregado familiar:

Pais†

Pais e irmão/s†

Pais, irmãos e avós†

Outros familiares† Quem? _____

Apêndice V – Instrumento Colheita de dados: Necessidades da Criança-Saúde

NECESSIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

| | NECESSIDADES DA CRIANÇA | SIM | NÃO |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Considera-se normalmente bem se a criança só esteve doente durante 1 semana ou menos nos últimos 6 meses. | 11. A criança está normalmente bem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 12. A altura e o peso encontram-se ao nível esperado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 13. A criança vai regularmente ao médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verificar no Boletim de Saúde se a criança está a ser acompanhada regularmente pelo Sistema Nacional de Saúde: Inscrição no Centro de Saúde e Médico Assistente. | 14. A audição e a visão da criança são satisfatórias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 15. A criança come bem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 16. A criança apresenta um padrão do sono regular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bebés filhos de mães toxicodependentes podem sofrer de tremores, gritar, etc. | 17. A criança tem o Boletim de Vacinas atualizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 18. A criança apresenta sintomas e/ou sinais de ter sido exposta a drogas durante o período de gravidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 19. A criança apresenta um problema de saúde crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verificar detalhes no Boletim de Vacinas e atualização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor na altura. | 20. A criança já fez várias lesões devido a acidentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 21. A criança manifesta-se habitualmente feliz com os cuidados parentais prestados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

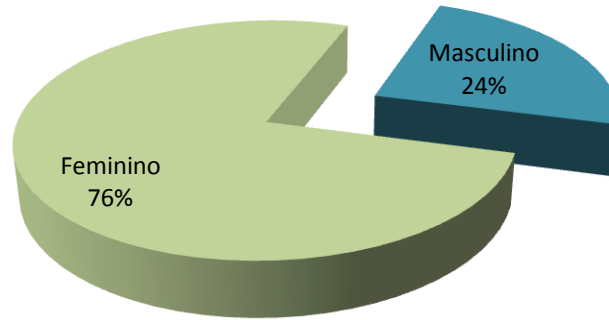
| | | HISTÓRIA FAMILIAR | | SIM | NÃO |
|--|---|--------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Incluir todos os elementos do agregado familiar e restantes familiares da criança, residentes ou não com esta, e que são relevantes, procurando saber a sua história e funcionamento familiar. | 22. Há algum elemento do agregado familiar que tenha vivido uma experiência de infância traumatizante? (registar qualquer tipo de mau trato ocorrido e/ou acolhimento institucional/familiar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 23. A família sofreu alguma perda traumática ou crise que não esteja ainda resolvida (ex. separação/ divórcio morte de um familiar, etc). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | CUIDADOS BÁSICOS | | SIM | NÃO |
| A criança com necessidades educativas especiais ou com deficiência pode ter dificuldades acrescidas no acesso aos cuidados de saúde primários. | 24. A criança é alimentada adequadamente, recebendo uma dieta adequada e nutritiva, incluindo líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 25. A criança apresenta cuidados básicos de higiene, nomeadamente toma banho regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| As famílias de outras etnias podem ter dificuldades acrescidas no acesso aos cuidados de saúde primários. | 26. A criança apresenta a sua dentição cuidada e lava os dentes regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 27. A criança é vestida de acordo com as condições climatéricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Numa criança o significado de sintomas físicos da doença nem sempre é facilmente identificado ou interpretado, o que pode influenciar o modo como os pais/cuidadores reagem. | 28. O vestuário da criança encontra-se limpo: não está sujo com urina, excrementos ou comida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 29. As consultas de rotina da criança são geralmente respeitadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| As crianças que são vítimas de maus tratos ou testemunham situações de violência doméstica são particularmente traumatizadas. | 30. É realizado um contacto regular e adequado com o Centro de Saúde: Enfermeiro/médico assistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 31. Os pais/cuidadores apresentam uma justificação adequada quando o plano de vacinação da criança não é respeitado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 32. Os pais respondem adequadamente às necessidades da criança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | 33. Os conflitos entre pais/cuidadores são resolvidos de forma não violenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

COMPETÊNCIAS PARENTAIS

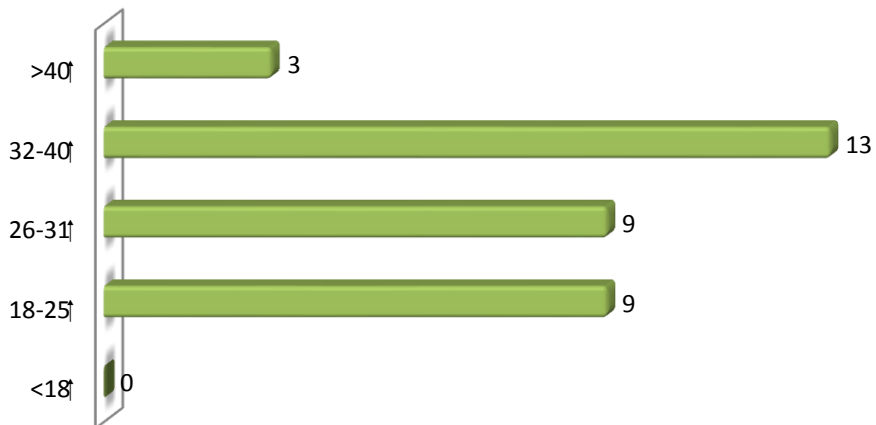
| | | SEGURANÇA | SIM | NÃO |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| A pobreza e a exclusão social potencializam as más condições de saúde e de desenvolvimento da criança bem como a ocorrência de acidentes. | 34. Os pais/cuidadores tomam medidas e cuidados para prevenir a ocorrência de acidentes mais comuns | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 35. Quando uma criança faz lesões estas foram adequadamente tratadas | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 36. As marcas e lesões encontradas no corpo da criança têm uma explicação aceitável por parte dos pais | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | AFETIVIDADE | SIM | NÃO |
| Para que uma criança desenvolva uma autoimagem positiva necessita de se sentir amada e valorizada. | 37. Os pais/cuidadores demonstram de forma espontânea afeto para com a criança | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 38. Os pais/cuidadores têm prazer em manter um contato físico adequado com a criança | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 39. Os pais/cuidadores confortam a criança quando esta está doente, magoada ou queixosa | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | ESTIMULAÇÃO | SIM | NÃO |
| É fundamental para o desenvolvimento educativo da criança a existência de um adulto que se interesse pela sua aprendizagem e que a elogie e encoraje. | 40. Os pais/educadores falam, cantam e brincam com a criança | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 41. Os pais/cuidadores leem e estimulam a criança através de livros | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 42. A criança possui alguma liberdade para explorar o meio que a rodeia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | ESTABELECIMENTO DE REGRAS E LIMITES | SIM | NÃO |
| Os pais/cuidadores com problemas severos podem não ser capazes de se concentrar o tempo suficiente para alimentar a criança ou mudar-lhe a fralda. | 43. A fralda da criança é mudada regularmente | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 44. Os pais/cuidadores tentam assegurar que a criança tenha um sono adequado, regular e sem distúrbios | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Apêndice VI- Analise Caracterização socio demográfica

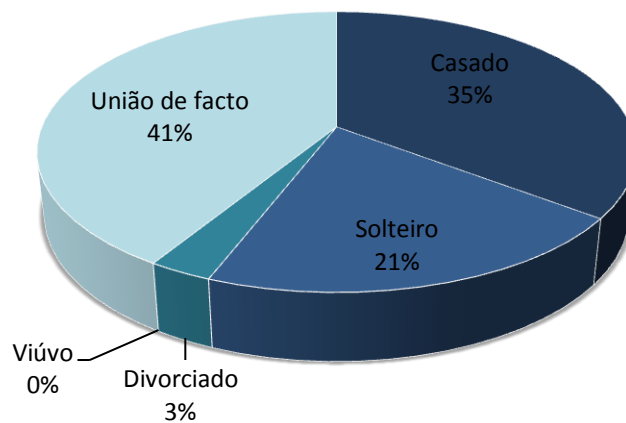
1 - Sexo



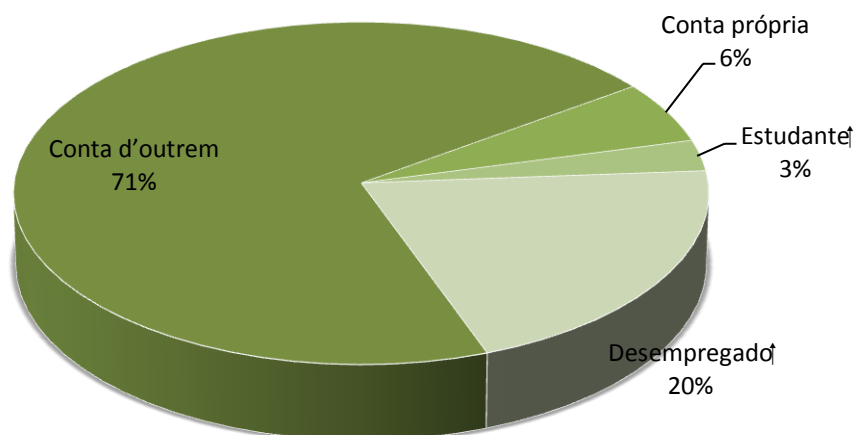
2 - Idade



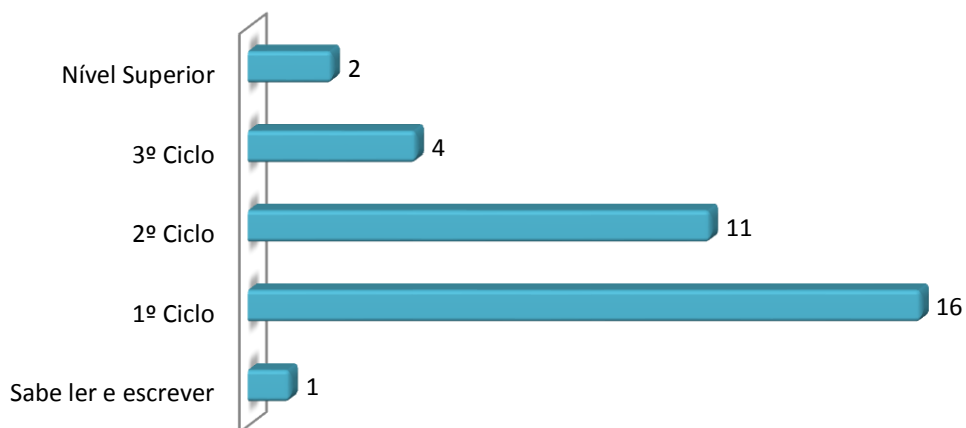
3 - Estado Civil



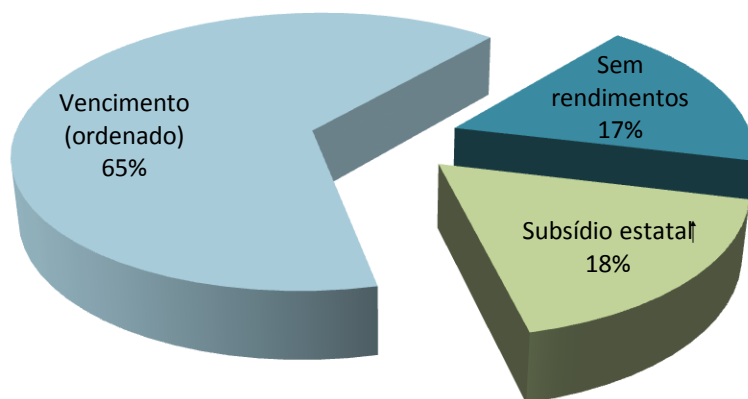
4 - Situação perante o trabalho



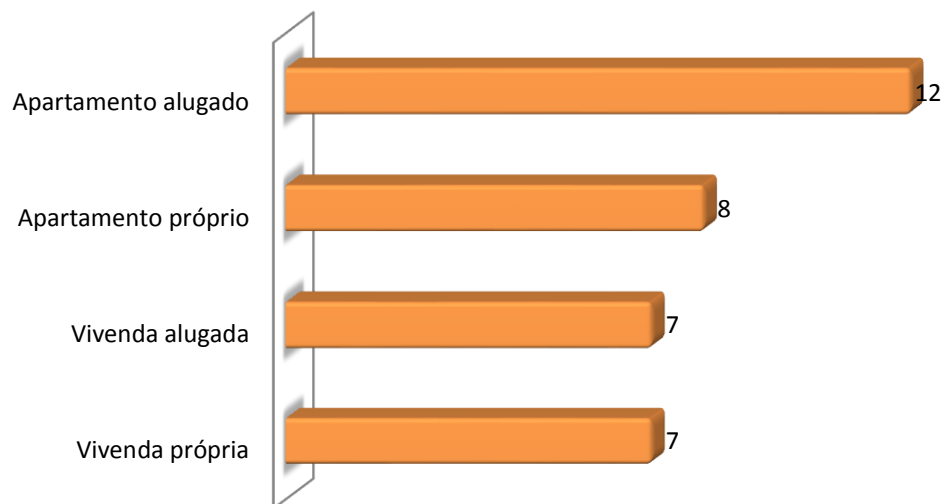
5 - Nível de instrução



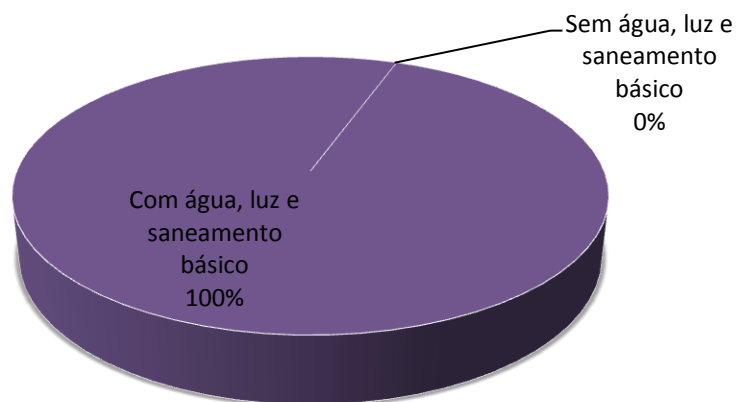
6 - Fonte principal de rendimento



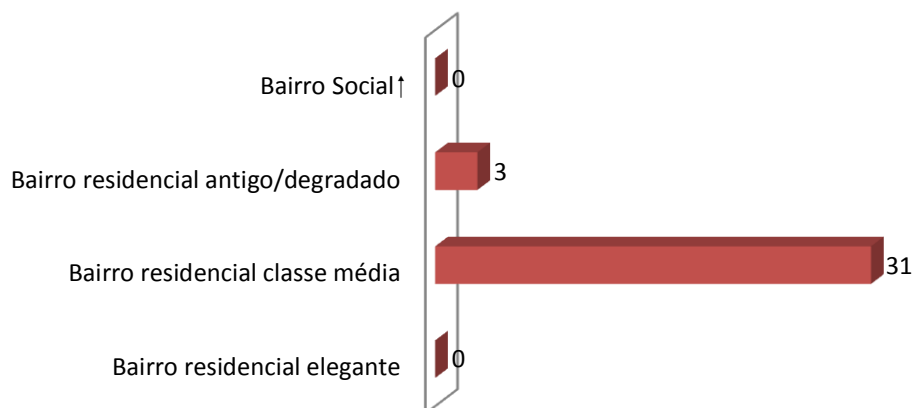
7 - Tipo de habitação



8 - Rede de saneamento básico



9 - Tipo de bairro onde habita



10 - Pessoas que constituem o agregado familiar



Apêndice VII-Necessidades da Criança-Saúde – grelhas análise

11 – A criança está normalmente bem

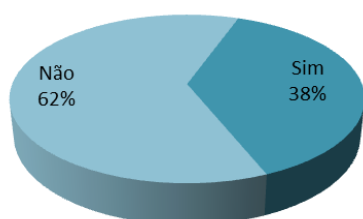
Tabela de Frequência - 11

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 28 | 82% | 82% | 82% |
| | Não | 6 | 18% | 18% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

12 – A altura e o peso encontram-se ao nível do esperado

Tabela de Frequência - 12

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 13 | 38% | 38% | 38% |
| | Não | 21 | 62% | 62% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



13 – A criança vai regularmente ao médico

Tabela de Frequência - 13

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 19 | 56% | 56% | 56% |
| | Não | 15 | 44% | 44% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

14 – A audição e a visão da criança são satisfatórias

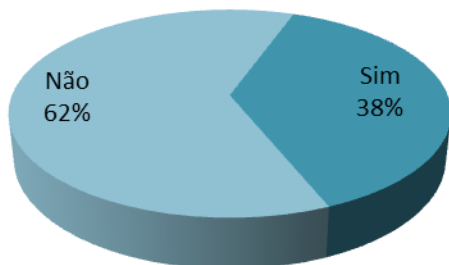
Tabela de Frequência - 14

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 34 | 100% | 100% | 100% |
| | Não | 0 | 0% | 0% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

15 – A criança come bem

Tabela de Frequência - 15

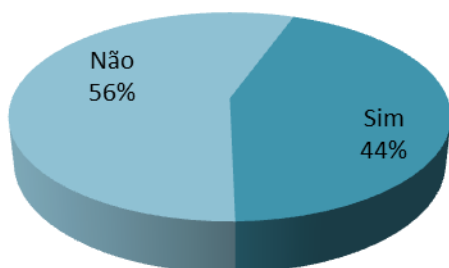
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 13 | 38% | 38% | 38% |
| | Não | 21 | 62% | 62% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



16 – A criança apresenta um padrão do sono regular

Tabela de Frequência - 16

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 15 | 44% | 44% | 44% |
| | Não | 19 | 56% | 56% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



17 – A criança tem o Boletim de Vacinas actualizado

Tabela de Frequência - 17

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 31 | 91% | 91% | 91% |
| | Não | 3 | 9% | 9% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

18 – A criança apresenta sintomas e/ou sinais de ter sido exposta a drogas durante o período de gravidez

Tabela de Frequência - 18

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 0 | 0% | 0% | 0% |
| | Não | 34 | 100% | 100% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

19 – A criança apresenta um problema de saúde crónico

Tabela de Frequência - 19

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 3 | 9% | 9% | 9% |
| | Não | 31 | 91% | 91% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

20 – A criança já fez várias lesões devido a acidentes

Tabela de Frequência - 20

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 7 | 21% | 21% | 21% |
| | Não | 27 | 79% | 79% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

21 – A criança manifesta-se habitualmente feliz com os cuidados parentais prestados

Tabela de Frequência - 21

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 32 | 94% | 94% | 94% |
| | Não | 2 | 6% | 6% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

22 – Há algum elemento do agregado familiar que tenha vivido uma experiência de infância traumatizante?

Tabela de Frequência - 22

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 11 | 32% | 32% | 32% |
| | Não | 23 | 68% | 68% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

23 – A família sofreu alguma perda traumática ou crise que não esteja ainda resolvida?

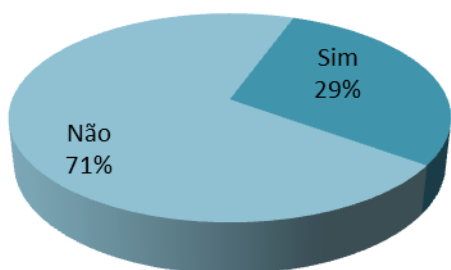
Tabela de Frequência - 23

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 21 | 62% | 62% | 62% |
| | Não | 13 | 38% | 38% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

24 – A criança é alimentada adequadamente, recebendo uma dieta adequada e nutritiva, incluindo líquidos

Tabela de Frequência - 24

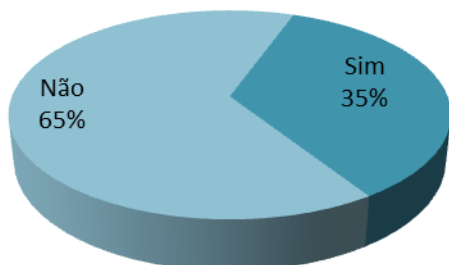
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 10 | 29% | 29% | 29% |
| | Não | 24 | 71% | 71% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



25 – A criança apresenta cuidados básicos de higiene, nomeadamente toma banho regularmente

Tabela de Frequência - 25

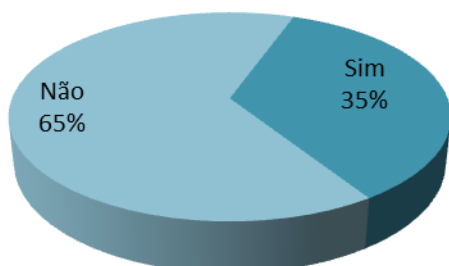
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 12 | 35% | 35% | 35% |
| | Não | 22 | 65% | 65% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



26 – A criança apresenta a sua dentição cuidada e lava os dentes regularmente

Tabela de Frequência - 26

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 12 | 35% | 35% | 35% |
| | Não | 22 | 65% | 65% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



27 - A criança é vestida de acordo com as condições climatéricas

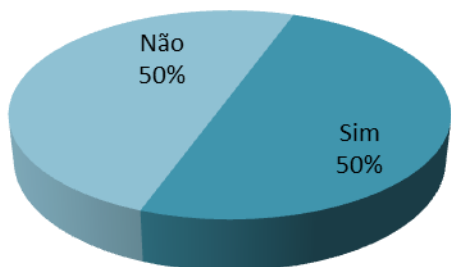
Tabela de Frequência - 27

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 18 | 53% | 53% | 53% |
| | Não | 16 | 47% | 47% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

28 – O vestuário da criança encontra-se limpo: não está sujo com urina, excrementos ou comida

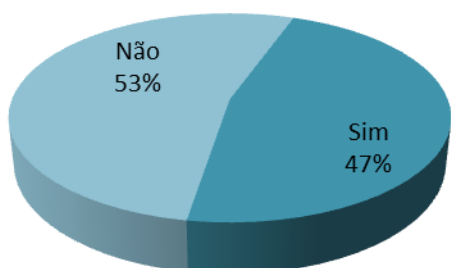
Tabela de Frequência - 28

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 17 | 50% | 50% | 50% |
| | Não | 17 | 50% | 50% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



29 – As consultas de rotina da criança são geralmente respeitadas

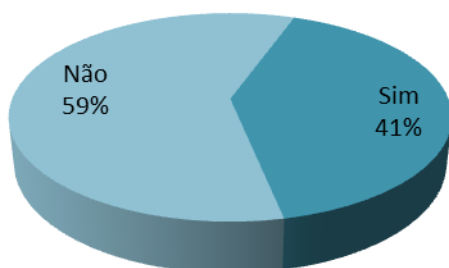
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 16 | 47% | 47% | 47% |
| | Não | 18 | 53% | 53% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



30 – É realizado um contacto regular e adequado com o centro de saúde: Enfermeiro/médico assistente

Tabela de Frequência - 30

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 14 | 41% | 41% | 41% |
| | Não | 20 | 59% | 59% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



31 – Os pais/cuidadores apresentam uma justificação adequada quando o plano de vacinação da criança não é respeitado

Tabela de Frequência - 31

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 7 | 21% | 21% | 21% |
| | Não | 27 | 79% | 79% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

32 – Os pais respondem adequadamente às necessidades emocionais da criança

Tabela de Frequência - 32

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 16 | 47% | 47% | 47% |
| | Não | 18 | 53% | 53% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

33 – Os conflitos entre pais/cuidadores são resolvidos de forma não violenta

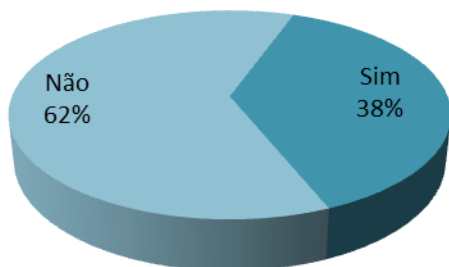
Tabela de Frequência - 33

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 21 | 62% | 62% | 62% |
| | Não | 13 | 38% | 38% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

34 – Os pais/cuidadores tomam medidas e cuidados para prevenir a ocorrência de acidentes mais comuns

Tabela de Frequência - 34

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 13 | 38% | 38% | 38% |
| | Não | 21 | 62% | 62% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



35 – Quando uma criança faz lesões estas foram adequadamente tratadas

Tabela de Frequência - 35

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 22 | 65% | 65% | 65% |
| | Não | 12 | 35% | 35% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

36 – As marcas e lesões encontradas no corpo da criança têm uma explicação aceitável por parte dos pais

Tabela de Frequência - 36

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 31 | 91% | 91% | 91% |
| | Não | 3 | 9% | 9% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

37 – Os pais/cuidadores demonstram de forma espontânea afeto para com a criança

Tabela de Frequência - 37

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 23 | 68% | 68% | 68% |
| | Não | 11 | 32% | 32% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

38 – Os pais/cuidadores têm prazer em manter um contacto físico adequado com a criança

Tabela de Frequência - 38

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 28 | 82% | 82% | 82% |
| | Não | 6 | 18% | 18% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

39 – Os pais/cuidadores confortam a criança quando esta está doente, magoada ou queixosa

Tabela de Frequência - 39

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 26 | 76% | 76% | 76% |
| | Não | 8 | 24% | 24% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

40 – Os pais/cuidadores falam, cantam e brincam com a criança

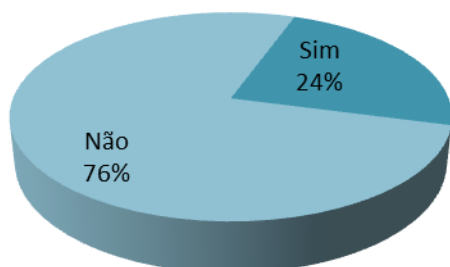
Tabela de Frequência - 40

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 21 | 62% | 62% | 62% |
| | Não | 13 | 38% | 38% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

41 – Os pais/cuidadores lêem e estimulam a criança através de livros

Tabela de Frequência - 41

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 8 | 24% | 24% | 24% |
| | Não | 26 | 76% | 76% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



42 – A criança possui alguma liberdade para explorar o meio que o rodeia

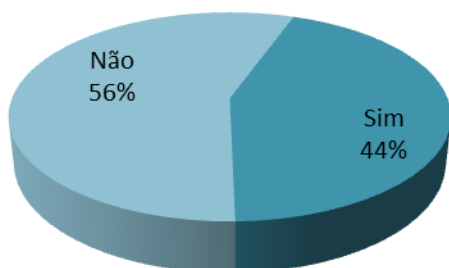
Tabela de Frequência - 42

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 16 | 47% | 47% | 47% |
| | Não | 18 | 53% | 53% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |

43 – A fralda da criança é mudada regularmente

Tabela de Frequência - 43

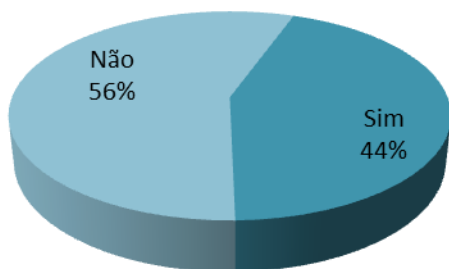
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 15 | 44% | 44% | 44% |
| | Não | 19 | 56% | 56% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



44 – Os pais/cuidadores tentam assegurar que a criança tenha um sono adequado, regular e sem distúrbios

Tabela de Frequência - 44

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sim | 15 | 44% | 44% | 44% |
| | Não | 19 | 56% | 56% | 100% |
| | Total | 34 | 100% | 100% | |



Apêndice VIII-Tabela ilustrativa da determinação de prioridades

Tabela de definição de prioridades

| Problemas | Padrão alimentar desadequado em 71% das crianças dos 0-2 anos de idade | Défice de cuidados básicos de higiene em 65% das crianças dos 0-2 anos de idade | Padrão de sono irregular em 56% das crianças dos 0-2 anos de idade | Contacto irregular com o centro de saúde em 59% das crianças dos 0-2 anos de idade | Défice de medidas de prevenção de acidentes em 62% das famílias com crianças dos 0-2 anos de idade | Défice de momentos de leitura regulares às crianças dos 0-2 anos de idade em 76% das famílias |
|----------------------------------|--|---|--|--|--|---|
| Importância do problema | + | + | + | + | + | - |
| Relação problema /fator de risco | + | + | + | + | + | - |
| Capacidade técnica de intervir | - | - | - | + | - | - |
| Exequibilidade | - | - | - | - | - | - |
| Resultado | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 16 |

Apêndice IX-Questionário aos profissionais

Avaliação de conhecimentos dos enfermeiros acerca de estratégias de detecção precoce situações de negligência infantil e de instrumentos de trabalho:



1) Conhece o novo “Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil”?

2) Devido à implementação do novo PNSIJ o SAPE sofreu alterações. Já as conhece e sabe utilizar?

3) Considera importante a criação de estratégias de actuação que permitam ao enfermeiro detectar, sinalizar/encaminhar precocemente situações de risco de negligência infantil?

4) A visita domiciliária é uma forma de prestação de cuidados com amplos resultados conhecidos. Considera importante implementar a realização de VD's a famílias com crianças dos 0 aos 2 anos?

5) Sente necessidade de formação nestes temas?

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice X- Plano das actividades realizadas

Actividade 1

| Actividade | Quem | Quando | Onde | Como | Objetivo a atingir | Avaliação |
|---|-----------|---|---|---|---|--|
| <p>-Programação das visitas domiciliárias às famílias com crianças dos 0aos 2 anos de idade, respondentes do questionário, agrupando-as por localização da residência e informação disponível sobre permanência ou não de pelo menos um dos elementos da família regularmente em casa.</p> <p>-Realização das visitas domiciliárias às famílias com crianças dos 0 aos 2 anos de idade, respondentes ao questionário.</p> | mestranda | <p>- Entre 25 e 29 de novembro de 2013.</p> <p>-Entre 2 e 12 de dezembro de 2013.</p> | <p>-UCSP</p> <p>-Nas residências das famílias</p> | <p>-Utilização de um mapa da freguesia.</p> <p>-Consulta dos questionários efectuados às famílias para definir o estado actual face ao trabalho.</p> <p>-Utilizando viatura própria e a pé.</p> | <p>- Realizar o máximo n° possível de visitas domiciliarias com sucesso e no menor período de tempo possível.</p> <p>-Estabelecer contato com as famílias e agendar atendimento de enfermagem na UCSP até 22 de dezembro de 2013.</p> | <p>-Realização efectiva das visitas domiciliárias.</p> <p>-Taxa de visitas domiciliárias realizadas.</p> <p>-Taxa de comparência das famílias na UCSP após visita domiciliária</p> |

Actividade 2:**Plano da sessão de sensibilização a profissionais**

Local: Sala de saúde infantil da UCSP

Data: 8 Janeiro 2014

Hora: 11h-12h

Duração da sessão: 1h

População alvo: enfermeiros da UCSP

Cronograma:

| | Conteúdos | Tempo | Metodologia | Recursos |
|-----------------|--|--------|-----------------------------------|--|
| Introdução | Apresentação dos objetivos | 5 min. | Método expositivo | |
| Desenvolvimento | Exposição e discussão de conteúdos: -indicadores físicos e psicológicos da criança maltratada; -pertinência da intervenção; -papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária; -pertinência do projeto; -ordem de intervenção; -Conceito de negligência; -diferentes programas com impacto no tema; -forma de atuação em caso de falta da criança à consulta de saúde infantil; -quando e como sinalizar; -registo de visita domiciliária; -o que observar na visita domiciliária. | 45min. | Método expositivo | Humanos: mestranda Enfr. da UCSP Materiais: Mesas e cadeiras, Computador, |
| Conclusão | Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados | 10min. | Método Expositivo e interrogativo | |

Apêndice XI-Folheto Pais

O esquema habitual de consulta de Saúde Infantil é 1ª consulta até aos 28 dias de vida, depois aos 2, 4, 6, 9, 12 meses (isto no 1º ano de vida) e aos 15, 18 e 24 meses no 2º ano de vida.

Em relação ao PNV inicia-se quando nascem na maternidade e depois já em casa são vacinados aos 2,4,6,12, e 18 meses.

| Vacinas vacina | Meses | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 0 8 dias gesta | 2 meses | 4 meses | 6 meses | 12 meses | 18 meses | 24 meses | 36 meses | 48 meses | 60 meses | 72 meses |
| Tuberculose | BCG | | | | | | | | | | |
| Difteria D | | 100-1 | 100-1 | 100-1 | | | | | | | |
| Poliomielite S | | 100-1 | 100-1 | 100-1 | | 100-1 | | | | | |
| Difteria, Tétano, Coqueluche | | DTaP-1 | DTaP-2 | DTaP-3 | | DTaP-4 | | DTaP-5 | Td | Td | Td |
| Hepatite B | 100-1 | 100-1 | 100-1 | | | | | | | | |
| Meningococo C ou | | | | | MenC-1 | | | | | | |
| Sarampo, Parotidite epidémica, Rubéola | | | | | 100-1 | 100-1 | | | | | |
| Infecção por vírus da Hepatite A (HVA) ou | | | | | | | | | | | 100-1 |

Existem vacinas extra PNV que são de inoculação opcional, sendo os pais / família informados acerca das mesmas e o esquema recomendado na 1ª consulta do bebé.

Em situações de urgência devem contactar a saúde 24 : Te 800242424

O 112 (INEM) (caso seja uma situação grave)

Existe um serviço de CACTUS em Moscavide que dá apoio quando a UCSP encerra.

Funciona das 18h00 às 22h00 em dias úteis e das 10h00 às 16h00 aos sábados, domingos e feriados.

O nosso hospital de referência é o HDE.

Contactos disponíveis

Tel: 21 9591 927 (9h-16h)

Correio electrónico: sinfantil.azoia@cssacavem.minsaude.pt

SAÚDE INFANTIL/ ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

UCSP SANTA IRIA DE AZOIA

Em primeiro lugar queremos dar os parabéns aos pais / família pelo nascimento do seu bebé.

Procuramos estar disponíveis para vos ajudar neste longo caminho que será o do crescimento do vosso bebé.

É importante começar por explicar como funciona o nosso serviço, assim, quando o bebé nasce começamos por lhe efetuar o diagnóstico precoce (teste do pezinho) entre o 3º e o 6º dia da sua vida.

Este por norma é marcado antecipadamente para evitar que o bebé permaneça muito tempo há espera do serviço ainda tão pequeno.

Para o ato de inscrição no centro de saúde, é importante fazer-se acompanhar pelos seguintes documentos da criança:

- Certidão de nascimento;
- Boletim de Saúde Infantil;
- Boletim de vacinação.

Assim, neste dia marcamos:

- Consulta de saúde infantil (médica)
(Se os pais optarem por efetuar esta vigilância no C. S).

A vinda seguinte ao serviço (por norma entre a 1ª e a 2ª semana após o nascimento).

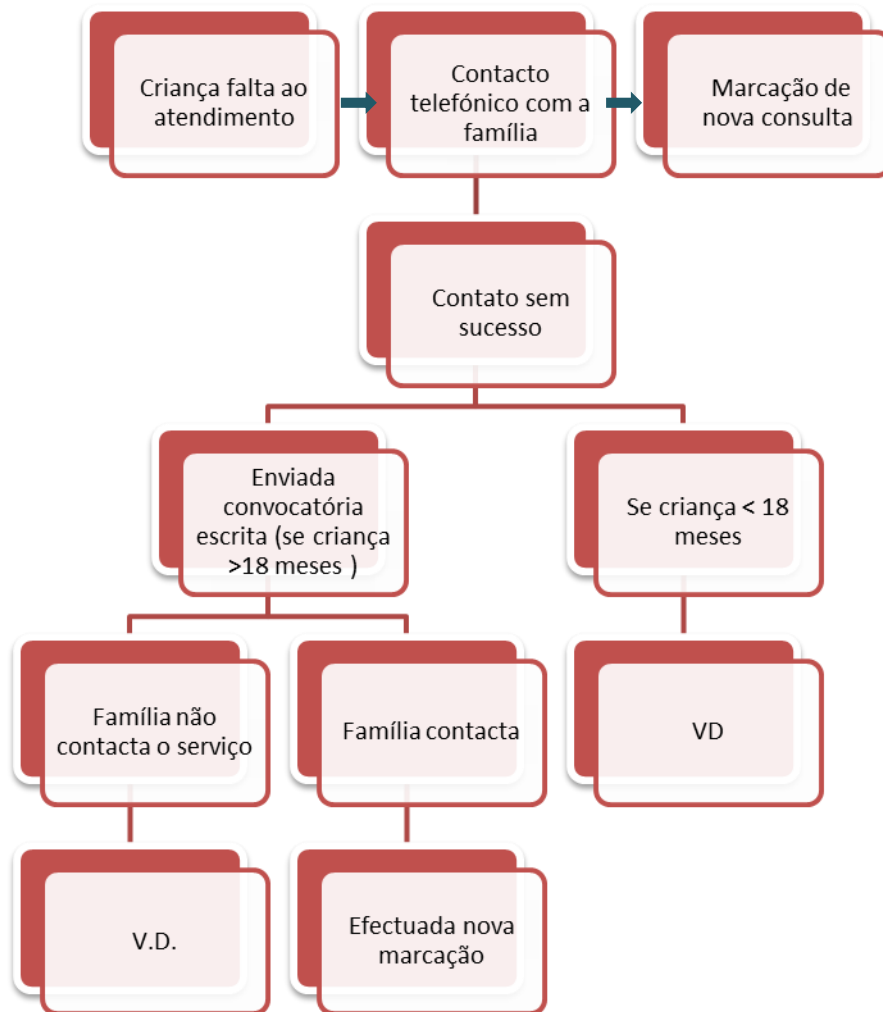
Em cada vinda é marcada a visita seguinte, sendo que se possível conciliamos o atendimento da enfermeira e médico no mesmo dia e também vacinação quando necessário.

Os pais/família podem contactar a equipa de enfermagem via telefónica quando tiverem alguma dúvida e serão aconselhados/encaminhados de acordo com a necessidade que eles/criança apresentam.

Se possível antes da sua vinda ao serviço deverão sempre efetuar um prévio contacto telefónico pois permite a organização da equipa de forma a responder à sua solicitação o mais atempadamente possível.

Apêndice XII-Fluxograma de atuação em caso de falta da criança à consulta

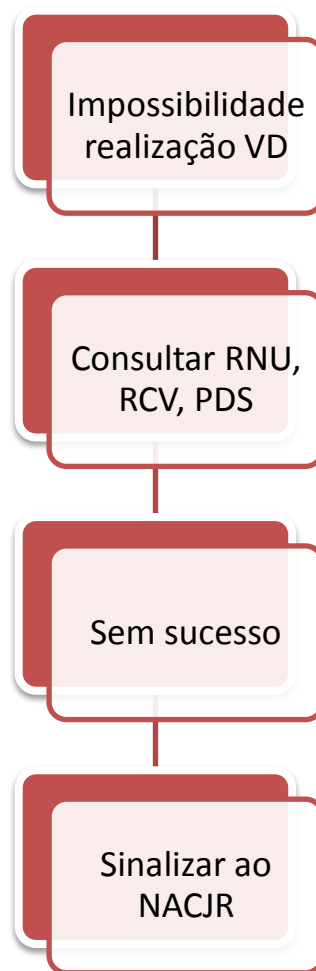
Fluxograma de atuação em caso de falta da criança à consulta



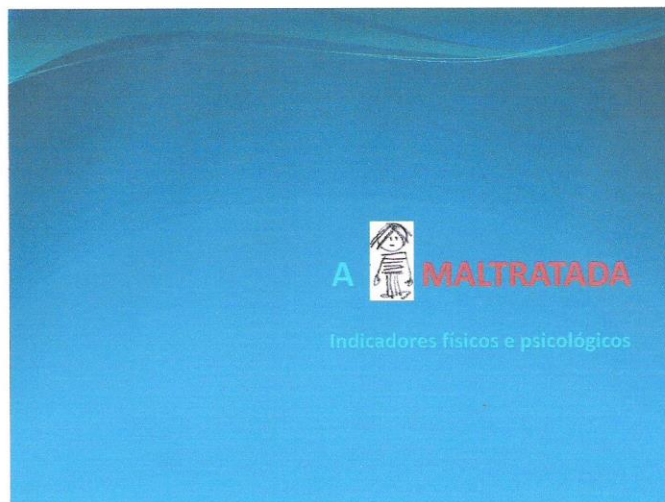
Elaborado em 30 dezembro 2013

Apêndice XIII-Fluxograma atuação em caso de impossibilidade de VD

Fluxograma atuação em caso de impossibilidade de VD



Apêndice XIV - Sessão de sensibilização aos profissionais de saúde



Risco /Perigo

A delimitação entre Risco e Perigo na ocorrência maus-tratos em crianças e jovens é por vezes difícil de estabelecer.

As **situações de Risco** dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no que diz respeito à sua segurança, educação, formação e desenvolvimento. A evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das **situações de perigo**.

Fatores de Risco

São normalmente vários os fatores de risco que interagem entre si e contribuem para que uma criança/jovem se encontre numa situação de perigo:

- Fatores individuais (tanto da criança/jovem, como dos seus cuidadores);
- Fatores relacionados com o contexto familiar;
- Fatores socioculturais.

Fatores individuais

Dos pais/cuidadores

- ✓ Pais jovens;
- ✓ Baixo nível educacional;
- ✓ Historial de abuso, roturas familiares, institucionalização, ou comportamentos desviantes na infância;
- ✓ Personalidade: impulsividade, fraco autocontrolo e tolerância à frustração, baixa autoestima, perturbações mentais, limitações cognitivas severas;
- ✓ Prostituição, delinquência, toxicod dependência.

Da criança/jovem:

- ✓ Prematuridade, deficiência física ou psíquica, doenças crónicas, perturbações alimentares e/ou do sono;
- ✓ Hiperatividade, apatia, personalidade ou condutas não aceites pelo cuidador, perturbação da saúde física ou mental.

Fatores relacionados com o contexto familiar

- ✓ Pais adolescentes;
- ✓ Filhos não planeados;
- ✓ Escassa diferença de idades entre irmãos;
- ✓ Família monoparental;
- ✓ Família com muitos filhos;
- ✓ Família reconstruída com filhos de outras ligações;
- ✓ Família desestruturada: relações disfuncionais entre os seus membros; crises familiares; mudanças frequentes de habitação, emigração;
- ✓ Famílias com problemas socioeconómicos e habitacionais: extrema pobreza, situação profissional instável, isolamento social, com falta de suporte familiar ou de vizinhos ou com relações de conflito com estes.

Fatores socioculturais:

- ✓ Desemprego;
- ✓ Rendimentos insuficientes;
- ✓ Crise económica;
- ✓ Falta de habitação ou de condições de habitabilidade; sobrelotação; falta de privacidade;
- ✓ Insuficiência ou ausência de suporte social; instabilidade social;
- ✓ Emigração;
- ✓ Mudanças frequentes de domicílio.

Fatores de risco

- Os vários fatores devem ser considerados na relação que mantém entre si e na forma como em conjunto podem levar a ocorrência de práticas abusivas sobre a criança ou o jovem.
- Cada um dos fatores de risco isoladamente, pode não constituir efetivamente um fator de risco.
- Torna-se fundamental a existência de um trabalho em rede, em que seja possível a obtenção do maior número de informações sobre a situação, permitindo assim uma avaliação o mais correta possível do risco efetivo existente.

Ordem de Intervenção



Tribunal



CPCJ

COMISSÃO DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

Entidades com competência em matéria de infância e juventude (Entidades de 1ª linha - C. Saúde, Hospitais, Escolas; IPSS; etc.)





O QUE É MALTRATO?

É fácil diagnosticar o que vemos (??):

- ✓ marcas físicas;
- ✓ sinais de abuso sexual...

E o que não vemos??????

Será necessário, para além dos sinais que a criança nos transmite, enquadrá-la na família a que pertence e no meio onde vive...



TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS

- ✓ Negligência e abandono;
- ✓ Maus-tratos físicos;
- ✓ Maus-tratos psicológicos;
- ✓ Abuso sexual;
- ✓ Síndrome do bebé abandonado;
- ✓ Síndrome de Munchausen por procuração;
- ✓ Exposição a violência interpaparental;
- ✓ Exploração do trabalho infantil.



NEGLIGÊNCIA E ABANDONO

Falha dos progenitores ou cuidadores da criança em assegurar as suas necessidades físicas e emocionais, quando existem os meios, o conhecimento e o acesso a serviços que os garantam, ou a falha na proteção da criança relativamente à exposição a situações de perigo
(OMS, 2006)



NEGLIGÊNCIA E ABANDONO

Nem sempre a **Negligência** é exercida de forma consciente, associando-se por vezes à ignorância, pobreza ou incapacidade parental para proteger e cuidar da criança.

Contudo...

Este parece ser o tipo de maltrato mais frequente...



NEGLIGÊNCIA E ABANDONO

A **Negligência** pode ser “visível”

- ✓ Falta de cuidados a nível da alimentação, higiene, vigilância de saúde, segurança, educação.

Podendo chegar, em casos mais graves, ao...

- ✓ **Abandono** (os “meninos de rua”)

ou pode ser “invisível”

- ✓ São asseguradas as necessidades materiais, mas não as necessidades sócio-afectivas



MAUS-TRATOS FÍSICOS

Uso intencional de força física em relação a uma criança, a qual provoca dano na sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade

(OMS, 2006)



MAUS-TRATOS FÍSICOS

Apesar de transversais a todas as classes e grupos sociais, é contudo no seio de famílias mais carenciadas, que um maior número de fatores que podem ser potenciadores da ocorrência de maus-tratos, se encontram muitas vezes associados.

Para muitos pais, a agressão física é ainda entendido como a forma certa de impor a sua autoridade (ou poder) e de educar.



MAUS-TRATOS FÍSICOS

Indicadores Físicos

- ✓ Lesões em diferentes estádios de evolução (p.ex. equimoses);
- ✓ Lesões em locais pouco comuns à existência de traumatismo;
- ✓ Lesões simultâneas em vários locais do corpo;
- ✓ Lesões figuradas ou moduladas (fivela de cinto);
- ✓ Ausência ou dificuldade em explicar como e quando ocorreram os traumatismos e as lesões resultantes destes;
- ✓ Alopecia (perda de cabelo) traumática;



MAUS-TRATOS FÍSICOS

Indicadores Físicos

- ✓ Queimaduras bem delimitadas e múltiplas (cigarro);
- ✓ Mordeduras;
- ✓ Intoxicações recorrentes;
- ✓ Sequelas de vários traumatismos antigos (observados em RX);
- ✓ Doenças recorrentes inexplicáveis (S. de Munchausen por procuração);
- ✓ Atraso na procura de cuidados médicos;
- ✓ Quadros clínicos mais graves com lesões várias (múltiplas fraturas, hemorragias em vários órgãos).



MAUS-TRATOS FÍSICOS

Indicadores Psicológicos

- ✓ Comportamentos agressivos para com os pares e adultos (a agressão é a única forma conhecida de resolução de problemas interpessoais);
- ✓ Dificuldade de integração no grupo de pares;
- ✓ Quadros depressivos ou de SPT (stress pós-traumático);
- ✓ Ideação suicida e comportamentos autodestrutivos (e.g. automutilação);
- ✓ Ansiedade, com diminuição da atenção/concentração e baixo rendimento escolar;
- ✓ Baixa autoestima;
- ✓ Comportamentos delinquentes.



MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS

Ato de natureza intencional caracterizado pela ausência ou pela falha, persistente ou significativa, ativa ou passiva, de suporte afetivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da criança ou jovem, de que resultem efeitos adversos no seu desenvolvimento e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais, diminuindo a sua autoestima.

(Magalhães, 2005)



MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS

Frequentes, mas mais difíceis de detetar.

Presentes nos outros tipos de maus-tratos;

Reporta-se a uma relação patológica entre cuidador e a criança;

Leva frequentemente ao estabelecimento de um padrão de vinculação inseguro (grande ansiedade por parte da criança e comportamento inconstante por parte do cuidador).



MAUS-TRATOS PSICOLÓGICOS

Indicadores

- ✓ Tristeza mantida;
- ✓ Baixa autoestima;
- ✓ Atraso do desenvolvimento;
- ✓ Baixo rendimento escolar;
- ✓ Comportamentos de oposição;
- ✓ Comportamentos anti-sociais.



ABUSO SEXUAL

Envolvimento da criança ou jovem em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aquele

(Magalhães, 2010)



ABUSO SEXUAL

Nem sempre o Abuso Sexual implica a existência de violência física (e.g. toques em várias partes do corpo de forma intencional; exibição de filmes ou fotografias de cariz sexual; sedução verbal, etc.);

A maior parte dos casos de Abuso Sexual são perpetrados por familiares ou por pessoas conhecidas da criança;

O “*síndrome do secretismo*” (Furniss,1999) está normalmente presente, nos casos de abuso intrafamiliar.



ABUSO SEXUAL

Uma percentagem elevada de crianças vítimas de abuso sexual, não apresenta lesões visíveis ao exame objetivo;

Nem todas as crianças vítimas de abuso apresentam sintomatologia decorrente deste abuso – “*vítimas silenciosas*”.

Outras poderão a vir apresentar sintomas apenas cerca de um ano após a situação de abuso - “*sleep effect*”.



ABUSO SEXUAL **Indicadores físicos**

- ✓ Lesões traumáticas recentes ou não recentes (já cicatrizadas) a nível dos órgãos genitais, região perianal e hímen;
- ✓ Gravidez;
- ✓ Presença de esperma no corpo ou na roupa da criança;
- ✓ Queixas urinárias recorrentes;
- ✓ Algumas doenças sexualmente transmitidas (e.g. gonorreia, tricomoníase, sífilis, HIV).



ABUSO SEXUAL **Indicadores Psicológicos**

- ✓ Ansiedade e/ou Depressão; tentativas de suicídio;
- ✓ Comportamentos sexualizados;
- ✓ Manifestações psicossomáticas;
- ✓ Desconfiança relativamente aos adultos;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Comportamentos disruptivos (e.g. fugas, consumo de álcool ou drogas);
- ✓ Comportamentos regressivos;
- ✓ Diminuição do rendimento escolar;
- ✓ Mentira compulsiva.



SÍNDROME DO BEBÉ ABANADO

Descrito pela 1ª vez em 1974 por John Caffey referindo-se às situações em que o bebé é violentamente abanado, resultando em hemorragias da retina, hematomas subdurais e edema cerebral, o que pode ocasionar sequelas persistentes ou mesmo à morte

(Magalhães, 2010)



SÍNDROME DO BEBÉ ABANADO

- ✓ Maior incidência em bebés entre os 3 e os 8 meses;
- ✓ Os agressores são normalmente os cuidadores principais;
- ✓ Sucede geralmente, na sequência de choro intenso e persistente por parte do bebé, com o intuito de o fazer calar.
- ✓ Alguns autores consideram que, para o surgimento das lesões cerebrais, para além do abanar o bebé, é necessário que exista um impacto, mesmo que este impacto não deixe marcas a nível superficial (por ex. sobre uma almofada).



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Indução ou produção de sintomas físicos e/ou psicológicos e sinais de doença na criança, pelos seus principais cuidadores (sobretudo a mãe), no sentido daquela receber cuidados médicos e hospitalares



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Normalmente os sintomas só surgem quando o cuidador está presente, estando a criança bem na sua ausência;

O cuidador mostra-se super-protetor, transmitindo a ideia de um “bom cuidador” e demonstra ter conhecimento sobre as doenças que a criança apresenta;

Existe exagero ao nível da sintomatologia referida;

Pode levar ao sujeitar da criança a exames mais ou menos invasivos.



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Indicadores

- ✓ Apneia (sufocação);
- ✓ Vômitos incoercíveis (intoxicações; falsos relatos);
- ✓ Hemorragias (intoxicação; adição de substâncias: corantes, tintas, chocolate);
- ✓ Exantema (intoxicações; arranhões; aplicação de cáusticos; pintura da pele);
- ✓ Crises convulsivas (falsos relatos; sufocação; intoxicação);
- ✓ Diarreias (laxantes);
- ✓ Febre (falsificação da temperatura).



EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

Para algumas crianças o contexto familiar é visto como um “lugar de perigo”;

Trata-se de uma forma de mau trato psicológico;

A criança pode testemunhar diretamente a violência (e mesmo envolver-se nela para proteger a vítima) ou apenas visualizar posteriormente as marcas desta;

A violência conjugal pode levar à não satisfação das necessidades básicas da criança;



EXPOSIÇÃO A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

Indicadores

- ✓ Problemas de sono e alimentares;
- ✓ Reações de evitamento e medo;
- ✓ Tristeza, ansiedade;
- ✓ Comportamentos de agressividade (a criança pode racionalizar o uso da violência como a forma certa de resolver situações de conflito e de exercer poder sobre os outros);
- ✓ Baixo rendimento escolar.



MAUS-TRATOS

Quer na deteção precoce das situações de maltrato, quer na sinalização às entidades competentes, caso isso se revele necessário (**ECMIJ**; **CPCJ**; **Tribunais**), quer na posterior monitorização dessas mesmas situações...

As **Entidades de 1ª linha** (centros de saúde, escolas, hospitais, IPSS, ATL, etc.) têm um papel fundamental a desempenhar.



OBRIGADA

[Faint, illegible handwritten text]

Prevenção da Negligência Parental Intervenção do Enfermeiro

ACES VII-Janeiro 2014



Objetivo:

- Consciencializar a equipa de enfermagem da UCSP para a importância da detecção precoce de situações de risco de negligência nos cuidados à criança até aos 2 anos.
- Aumentar em 70% os conhecimentos da equipa de enfermagem da UCSP para a utilização de estratégias de detecção precoce de situações de negligência infantil nas famílias com crianças dos 0 aos 2 anos.

Pertinência da Intervenção

- 69.007 crianças sinalizadas às CPCJ
- 5518 crianças sinalizadas aos NACJR

Negligência

30% casos das CPCJ e 68% dos casos dos NACJR

Tipo de Negligência mais frequente

- Negligência ao nível dos cuidados de saúde;
- Falta de acompanhamento familiar.

Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

“Não é possível enumerar todas as situações de **crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais**, nem estabelecer um programa único de atuação.

Cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados.”

DGS, 2012



Pertinência do Projeto

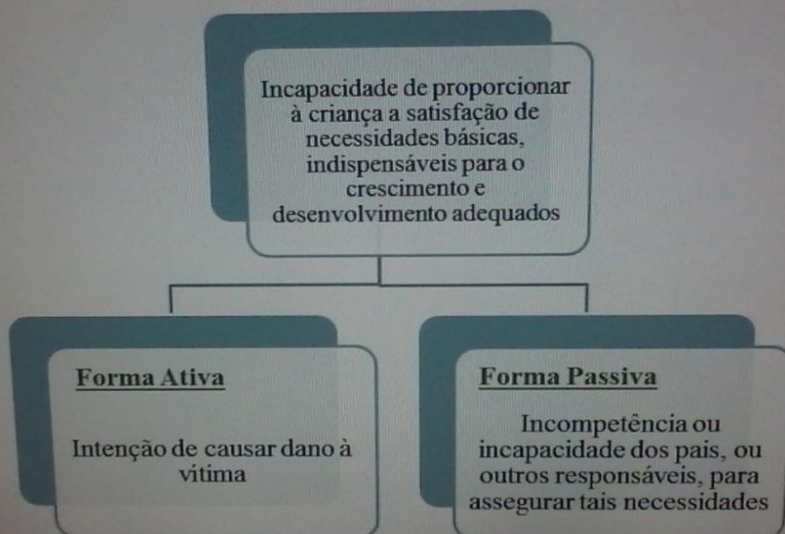


Ordem de Intervenção





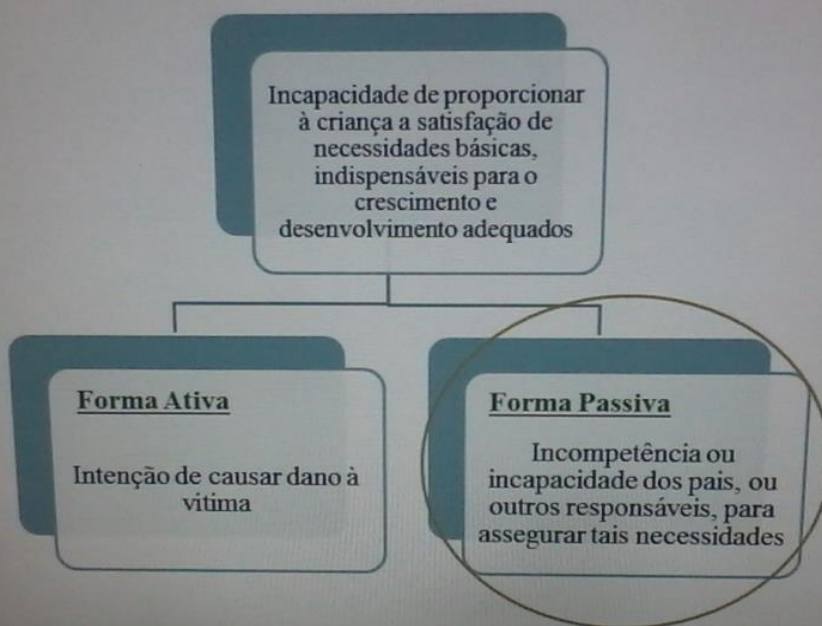
Conceito de Negligência



DGS, 2011



Conceito de Negligência

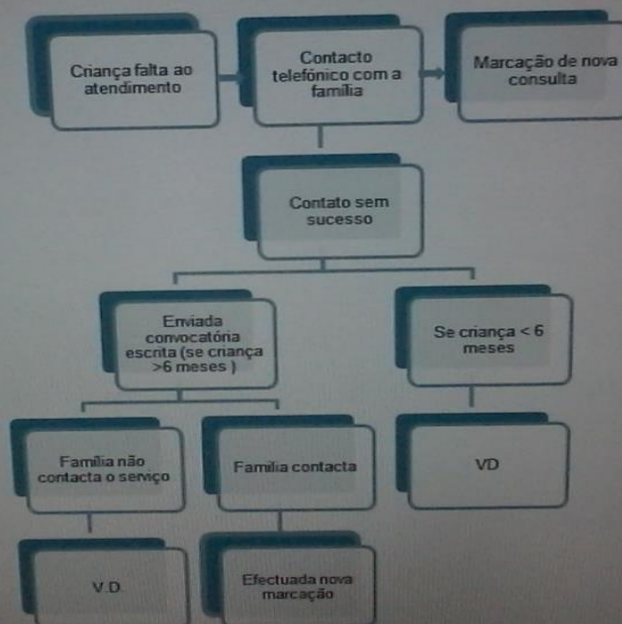


DGS, 2011

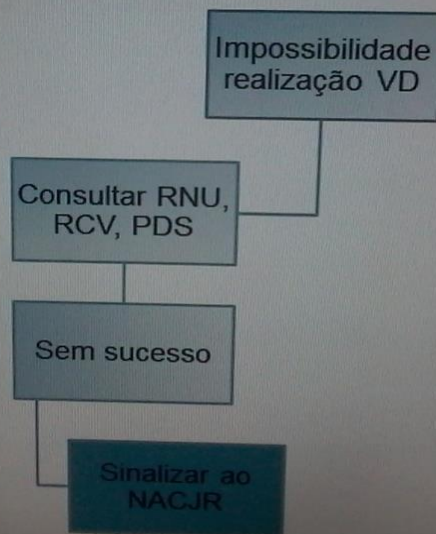
Pertinência da Intervenção



Forma de atuação em situação de falta da criança à consulta de enfermagem de saúde infantil



E se a visita domiciliária não for possível?



Observar durante a VD:

- ✓ Espaço físico (organização / higiene)
- ✓ Interacção familiar com a criança
- ✓ Contexto social / tipo bairro / tipo habitação
- ✓ Recursos da família (outros familiares, instituição de apoio familiar)

A não esquecer

- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com a família;
- ✓ Não procurar resolver vários problemas logo na 1ª visita;
- ✓ Marcar nova VD e estabelecer pequenas tarefas para serem executadas até à sua realização;
- ✓ Marcar atendimento a família no centro de saúde tentando articular consulta de enfermagem com consulta médica.

Bibliografia

Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2013). *Relatório Anual Avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens 2012*. Lisboa: Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde(2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 30 dezembro 2013. Disponível em [://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/](http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/)

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Acedido a 30 dezembro 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24430>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido em 15 junho 2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Apêndice XV- Tratamento de dados relativamente às actividades desenvolvidas

Avaliação da atividade 1

Indicadores de resultado:

✓ N° de famílias com crianças dos 0 aos 2 anos que compareceram na UCSP após visita domiciliária/N° total de famílias com crianças dos 0 aos 2 anos, inscritas e que frequentam a consulta de enfermagem de saúde infantil da UCSP constituintes da amostra x 100;

| | N° famílias a que foi efetuada visita domiciliária | N° famílias que compareceram na UCSP após Visita domiciliária |
|-------------|--|---|
| N° absoluto | 34 | 29 |
| Em % | 100 | 85,29 |



$$\frac{29}{34} \times 100 = 85,29\%$$

Indicadores de atividade ou execução:

✓ N° de visitas domiciliárias realizadas a famílias com crianças dos 0 aos 2 anos/N° de visitas domiciliárias programadas x 100;

$$\frac{34}{34} \times 100 = 100\%$$

Avaliação da atividade 2

Indicadores de resultado:

✓ N° de profissionais de enfermagem da UCSP que aumentaram os conhecimentos relativos à utilização de estratégias de detecção precoce de situações de negligência infantil nas famílias com crianças dos 0-2 ano/ N° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100.

Este indicador só será possível de avaliar futuramente, com base no numero de situações que venham a ser detectadas e encaminhadas precocemente.

Indicadores de atividade ou execução:

- ✓ N° de profissionais de enfermagem da UCSP presentes na ação de formação/ N° total de profissionais da equipa de enfermagem da UCSP x 100;

$$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$$

- ✓ N° de documentos informativos distribuídos na sessão de formação/N° de profissionais de enfermagem da UCSP que participaram na sessão x 100.

$$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$$