



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Negligência nos cuidados infantis – Como identificar... Como atuar...

Helena Isabel Fresco Barreto Rajado

2012



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Negligência nos cuidados infantis – Como identificar... Como atuar...

Helena Isabel Fresco Barreto Rajado

**Relatório realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana
Paula Amaral**

2012

Agradecimentos

Este espaço é dedicado a todos os que deram a sua contribuição para que este projeto de intervenção fosse uma realidade, por isso, quero agradecer sinceramente a todos os que caminharam ao meu lado neste percurso a que me propus.

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Ana Paula Amaral por todo o apoio, disponibilidade, motivação, rigor científico e metodológico com que sempre me orientou.

Quero igualmente agradecer ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego 2 e à Associação Fernão Mendes Pinto pela possibilidade de realização do presente projeto e por todos os meios colocados à disposição.

Estou de igual modo grata a todas as pessoas que estiveram envolvidas neste projeto de intervenção, nomeadamente, aos/às médicos/as e enfermeiros/as dos Centros de Saúde de Montemor-o-Velho e Arazede e às minhas colegas educadoras de infância e assistentes operacionais, da instituição particular de solidariedade social atrás mencionada, que generosamente cederam o seu tempo.

Não poderia deixar de agradecer à Associação Fernão Mendes Pinto, instituição onde trabalho desde que me licenciiei como educadora de infância e onde tenho aprendido muito e, em especial, à Dr.^a Teresinha Santos, diretora pedagógica da mesma instituição, pelo incentivo, disponibilidade e colaboração no meu trabalho.

Finalmente, aos meus amigos e colegas, pela discussão de ideias, e à minha família, pela força, motivação e compreensão que sempre tiveram.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos/as que tornaram, direta e indiretamente, possível a realização deste trabalho.

Resumo

A negligência é a situação de perigo mais identificada nos Relatórios Anuais da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens dos últimos anos. Compreender melhor a negligência, o que é, quem é afetado, qual o seu impacto, como se pode intervir, são passos importantes para a abordagem do problema.

Os objetivos do presente trabalho são verificar a eficácia da identificação de situações de risco por parte dos profissionais que contactam diariamente com crianças e verificar se as situações de perigo relacionadas com a negligência são detetadas pelas diferentes categorias profissionais de igual forma. É, também, objetivo a elaboração de um manual que reúna informação de apoio aos profissionais e à comunidade.

Tendo por base os dois primeiros objetivos, os participantes (profissionais das áreas de saúde e educação) responderam a um questionário, classificando situações hipotéticas passíveis de serem consideradas como negligência. No que diz respeito ao último objetivo, foi realizada uma sessão com profissionais da educação para avaliar a contribuição do manual para a melhoria da saúde.

Os dados obtidos revelam uma significativa eficiência no que diz respeito à identificação da negligência por parte dos participantes e mostram não haver diferenças expressivas na capacidade de análise das situações entre as diferentes categorias profissionais. Relativamente ao manual elaborado, profissionais da educação referiram que este desperta para situações que facilmente passam ocultas sendo, por isso, desvalorizadas pelos profissionais que não as consideram de imediato como atos de negligência.

Em conclusão, o presente projeto contribuiu e pretende continuar a contribuir para o reconhecimento dos sinais, sintomas e indicadores de negligência, para desta forma se poder diminuir os índices de negligência infantil no concelho de Montemor-o-Velho e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde.

Palavras-chave: negligência; criança; intervenção; profissionais; saúde

Abstract

Neglect is the most dangerous situation identified in the Annual Activity Reports of the Committees for the Protection of Children and Youth of the recent years. Understanding better the concept of neglect, what it is, who is affected, its impact, the way we can intervene, are important steps towards addressing the problem.

The goals of this study are to verify the effectiveness of identifying risk situations by professionals in daily contact with children and to see if the dangers related to negligence are detected by different professionals alike. They are also aimed at developing a handbook that gathers support information for professionals and the community.

Based on the first two goals, the participants (health and education professionals) answered a questionnaire, classifying hypothetical situations that could be considered as negligence. Regarding the latter goal, we conducted a session with education professionals to assess the contribution of the handbook to improve health.

The results show a significant efficiency regarding to the identification of negligence from participants and show no significant differences in the ability to analyze the situations between the different professional categories. As to what the handbook is concerned, education professionals reported that it awakens them to situations that are easily hidden, so they are devalued by professionals who do not immediately consider them as acts of neglect.

In conclusion, this project has already contributed and intends to continue to help to recognize of the signs, symptoms and indicators of neglect, and this way be able to reduce the rates of child neglect in the region of Montemor-o-Velho and hence be a valuable asset for health.

Keywords: neglect; child; intervention; professionals; health

Índice

1. Introdução	1
2. Fundamentação teórica	
2.1. Conceito de negligência	2
2.2. Consequências das situações de negligência	4
2.3. A promoção da saúde e a negligência	6
2.4. Projetos de promoção da saúde na negligência	9
2.5. Os manuais como forma de promoção da saúde	14
3. Método	
3.1. Amostra	14
3.1.1. Construção da amostra	14
3.1.2. Características gerais da amostra	15
3.2. Instrumento	18
3.3. Procedimentos	19
3.3.1. Procedimentos estatísticos	20
3.4. Manual	20
4. Resultados	
4.1. Estudos descritivos	21
4.2. Estudos comparativos	23
4.2.1. Classificação das situações de negligência em função da idade	23
4.2.2. Classificação das situações de negligência em função do sexo	23
4.2.3. Classificação das situações de negligência em função do estado civil	23
4.2.4. Classificação das situações de negligência em função do estatuto parental	24
4.2.5. Classificação das situações de negligência em função das habilitações literárias	24
4.2.6. Classificação das situações de negligência em função das atividades profissionais desempenhadas	24
4.2.7. Classificação das situações de negligência em função da experiência profissional	25

4.2.8. Classificação das situações de negligência em função do contacto/observação anterior de casos de negligência	25
4.3. Sessão com profissionais	25
5. Discussão	27
6. Conclusão	33
7. Referências bibliográficas	35
Anexos	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caraterísticas gerais da amostra	16
Quadro 2 - Caraterização do concelho de Montemor-o-Velho relativamente aos processos em acompanhamento na CPCJ, em 2011.....	17

1. Introdução

A realidade dos maus tratos a crianças não é, de forma alguma, uma problemática recente. Recentes são os contornos que hoje os revelam, lhe concedem visibilidade e os convertem num grave problema social.

A definição de maus tratos não é universal, no entanto é consensual que é uma realidade que lesa a saúde e o normal desenvolvimento da criança. De uma forma geral, o mau trato diz respeito a qualquer ato ou omissão (não acidental) contra a criança ou jovem, praticada pelo adulto responsável, tendo como resultado a não satisfação das necessidades físicas ou emocionais do menor, ameaçando a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. A negligência é, portanto, uma forma de mau trato passivo.

O tema começou a evidenciar-se como objeto de interesse científico em virtude do número de casos que os Relatórios Anuais de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens indicam nos últimos anos. Pelo carácter pertinente do tema, houve já autores que se debruçaram sobre o assunto, contribuindo com estudos de investigação, tanto a nível nacional, como internacional. No entanto, projetos de intervenção nesta área registam-se sobretudo no campo internacional.

A escolha deste tema surgiu do assumir pessoal de que a negligência é uma realidade presente, atual e enraizada na nossa sociedade e que só o seu conhecimento em profundidade possibilita uma intervenção adequada no sentido da proteção das crianças. A nível pessoal, este trabalho de investigação e intervenção revelou-se importante na medida em que está diretamente relacionado com a profissão que é exercida pela investigadora e por ser uma problemática que afeta de forma considerável a comunidade onde exerce a sua atividade profissional. Neste sentido, este projeto surge como forma de conhecer a realidade de um grupo tão específico como é o das crianças vítimas de negligência, intervindo para que esta temática se torne mais visível aos olhos dos profissionais que contactam diariamente com crianças, e da comunidade em geral.

Moreira (2007) assegura que a sociedade em geral, e os professores/educadores em particular, não estão sensibilizados para os casos de negligência e de abuso psicológico, dois tipos de maus tratos que merecem destaque pela elevada ocorrência que registam. A formação inicial de professores possui lacunas a este nível, sendo fundamental mudar este cenário.

Assim, são objetivos do presente projeto:

- 1) verificar a eficácia da identificação das situações de perigo por parte dos profissionais que contactam diariamente com crianças,
- 2) verificar se as situações de perigo relacionadas com a negligência são detetadas pelas diferentes categorias profissionais (médicos/as, enfermeiros/as, educadores/as de infância e assistentes operacionais) de igual forma,
- 3) elaborar um manual para os profissionais que quotidianamente contactam com crianças, e comunidade em geral, através do qual poderão melhor identificar as diversas situações com que se deparam e contribuir assim, para o delineamento de intervenções qualificadas por um carácter precoce, mínimo e proporcional, que permitam ganhos significativos em saúde.

2. Fundamentação teórica

2.1 Conceito de negligência

Os maus tratos praticados a crianças é uma realidade que faz parte da história da própria humanidade, não é uma problemática recente, nem é algo que distinga a nossa sociedade atual da sociedade do passado. Por diversas circunstâncias, o ato de maltratar crianças tem-se vindo a repercutir indefinidamente ao longo do tempo.

Até ao século XIX as crianças não tinham uma identidade própria, tendo por isso um modo de vida e um tratamento muito semelhante ao dos adultos, sendo inseridos na vida laboral muito cedo, exercendo muitas vezes trabalhos pesados e exigentes, colocando em perigo a sua saúde e a sua vida. A partir do século XIX começaram a surgir as primeiras leis de proteção à infância na Europa. É em 1979, com a comemoração do Ano Internacional da Criança que surgem os primeiros documentos internacionais que visam consciencializar os diferentes países para a utilidade da elaboração de leis que protejam os direitos das crianças (Tomás et al., 2004).

Em Portugal, apesar de os maus tratos já terem sumárias e pontuais referências em revistas dedicadas à infância, é nos anos 80 que começam a ser trazidos à luz pública, devido ao empenho da comunidade pediátrica em colaboração com outros profissionais (magistrados, juristas, técnicos de serviço social, psiquiatras, educadores de infância, sociólogos e psicólogos) e de instituições como o Instituto de Apoio à Criança, o Centro de Estudos Judiciários e a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Nunes et al., 2010).

Em 1989, é elaborada pelas Nações Unidas, *A Convenção sobre os Direitos da Criança* na qual se definem um conjunto de direitos fundamentais (civis, políticos, económicos, sociais e culturais) de todas as crianças, bem como as respetivas medidas para que sejam aplicados. Este documento, devido ao seu carácter universal, constitui um importante documento legal para a promoção e proteção dos direitos dos menores e permitiu uma maior sensibilidade no que diz respeito aos problemas e direitos das crianças.

Em 1991, foram criadas as comissões de proteção de menores, tendo como participantes diversos representantes de instituições locais ou órgãos de administração central e autárquica. As comissões de proteção de menores são instituições oficiais (não judiciárias) com autonomia funcional que têm como objetivo a promoção dos direitos da criança e do jovem, prevenindo e pondo termo a situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento (Almeida et al., 1999). Atualmente, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) são constituídas por equipas multidisciplinares, ou seja, por técnicos especializados que possam ajudar a resolver problemas singulares, bem como por indivíduos de todas as instituições e serviços com competência na área da infância e juventude.

Formosinho e Araújo (2002) referem que é difícil definir consensualmente o conceito de maus tratos devido às ambiguidades que caracterizam essas situações e/ou pelo facto de ser um conceito que pode variar consoante o contexto social e cultural, o que torna a construção de uma definição mais complexa.

Na tentativa de definir maus tratos de uma forma mais abrangente, consideramos a definição de Teresa Magalhães (2002) que define este conceito como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional que deriva de disfunções e/ou privações no relacionamento entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder. Podem exteriorizar-se através de comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e/ou afetos) e que pela continuidade dos mesmos provocam a privação da criança dos seus direitos e liberdades, lesando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e/ou dignidade.

Os maus tratos podem evidenciar-se de duas formas, quando se trata de algum tipo de abuso ou quando se trata de omissão, isto é, quando a criança é vítima de negligência. É sobre este último que nos iremos debruçar ao longo deste trabalho.

O conceito de negligência, pela sua enorme amplitude, coloca também, à semelhança do conceito de maus tratos, dificuldades de definição (Nunes et al., 2010).

Prazeres (2008) define a negligência como a incapacidade de garantir à criança ou jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde, imprescindíveis para o crescimento e desenvolvimentos normais.

Alguma da literatura revista estabelece a distinção entre vários tipos de negligência. Optámos pela de Perry et. al (2002), no nosso entender mais completa, que afirma que a negligência pode classificar-se em quatro categorias: negligência física, negligência emocional (ou psicológica), negligência médica e negligência educacional. A negligência física é verificada quando os pais (ou outro adulto responsável pelo menor) ignoram ou privam a criança das necessidades básicas, como por exemplo, o vestuário e a alimentação. A negligência emocional, ou psicológica, está relacionada com a falta de resposta constante à proximidade e interação encetada pela criança (falta de expressões ou sentimentos, de amor, de afeto ou interesse pela criança). Sempre que não se preveem os cuidados de saúde apropriados para a criança, como por exemplo, a vacinação, estamos perante negligência médica. Por último, a negligência educacional ocorre quando os adultos responsáveis pela criança não promovem as condições para a frequência da escola.

2.2 Consequências da negligência

Os maus tratos, abusos e negligências a crianças são uma problemática grave que afeta a qualidade de vida da infância, com consequências a diversos níveis, comprometendo seriamente o futuro das pessoas envolvidas.

Pascolat (2004) refere que a negligência infantil pode assumir contornos brandos, como por exemplo, a falta de vigilância e segurança que pode resultar em maiores riscos de acidentes ou intoxicações, ou contornos mais graves em que a criança pode apresentar um atraso de crescimento e do desenvolvimento em virtude de uma alimentação inadequada ou ineficaz. O autor caracteriza as crianças negligenciadas como crianças que sorriem pouco, apáticas e retraídas quando deixadas sós, que revelam maior interesse por objetos do que por pessoas, evitam o contacto com os olhos e recusam o toque ou ser acariciadas.

De acordo com Dias (2001) a negligência lesa a saúde e o normal desenvolvimento da criança, traduzindo-se normalmente, em atrasos no desenvolvimento físico e cognitivo e dificuldade em criar ligações afetivas.

Segundo Formosinho e Araújo (2002), os casos de negligência poderão também originar danos físicos (em virtude da alimentação inadequada ou higiene deficitária), nomeadamente alterações metabólicas ou gastrointestinais, diminuição das defesas e conseqüente tendência para determinadas doenças (ou cronicidade das mesmas). As mesmas autoras referem ainda que a negligência potencia a possibilidade de ocorrência de acidentes domésticos cujas sequelas são idênticas às resultantes do abuso físico (cicatrizes, deformações ósseas, danos neurológicos, entre outros).

A negligência física, muitas vezes em combinação com negligência emocional, pode afetar seriamente o desenvolvimento, causando déficit de crescimento, desnutrição, infeções não tratadas, doenças graves (por exemplo, pneumonia), dano físico na forma de cortes, hematomas e queimaduras devido à falta de supervisão. Além disso, os problemas emocionais, sociais e cognitivos a longo prazo podem ser mais graves e difíceis de tratar do que outros problemas físicos reais (Perry et al., 2002).

A literatura relacionada com transmissão intergeracional refere que cerca de um terço (entre 25 e 35%, dependendo dos estudos) das crianças abusadas ou negligenciadas tornam-se, também elas, abusadoras ou negligentes relativamente aos seus descendentes (Formosinho e Araújo, 2002).

Importa referir que as conseqüências da negligência dependem também da idade da criança, por exemplo, a privação de suporte afetivo pode manifestar-se por socialização inadequada no latente, hiperatividade e agressividade na criança em idade pré-escolar, falhas no controlo dos esfíncteres e baixo rendimento na criança em idade escolar, comportamentos de risco (delinquência, toxicodependência, alcoolismo) na adolescência e, posteriormente, por ações negligentes em relação aos próprios filhos, concluindo o ciclo geracional (Prazeres, 2008).

Pascolat (2004) reforça a importância de não confundir negligência com pobreza, no entanto, e de acordo com Bazon et al. (2010), são duas condições que se encontram bastante associadas. Este último autor, citando Azevedo e Guerra (1989), refere que é importante distinguir a negligência da pobreza, indicando a necessidade de observar se as falhas nos cuidados infantis derivam ou não das condições de vida ou se ocorrem exclusivamente pela ação dos cuidadores.

Almeida et al. (1999) no seu estudo verificaram que os maus tratos ocorrem em crianças e famílias de todos os meios sociais, no entanto afetam-nas de forma diferente. As

mesmas autoras referem que há maior dificuldade em detetar e denunciar práticas de maus tratos em famílias pertencentes a classes sociais mais favorecidas.

Em suma, e fazendo alusão a documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, os maus tratos são um fenómeno complexo e multifacetado que se desenvolvem dramática e silenciosamente, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com consequências negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos sujeitos. Podem originar sequelas cognitivas, físicas (neurológicas e outras), afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou levar à morte (Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro – Ministério da Saúde).

Assim, consideramos necessário reforçar a afirmação de Bazon et al., 2010 que argumenta que é fundamental a pesquisa no âmbito da negligência de forma a se obter maior informação que permita diagnosticar e intervir de forma adequada, minimizando as consequências negativas diretas e prevenir outras formas de maus tratos.

2.3 A Promoção da Saúde e a Negligência

Segundo o Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens de 2010, as situações de perigo mais identificadas foram a negligência 38,2% (22564 casos), a exposição a modelos de comportamento desviante 17,5% (10371 casos), o abandono escolar 13,3% (7856 casos), os maus tratos psicológicos/abuso emocional 13,0% (7684 casos) e os maus tratos físicos 7,1% (4216 casos). Segundo o mesmo relatório, e fazendo a análise das situações de perigo em cada escalão etário, observa-se que é no escalão dos 0 aos 5 anos que encontramos os valores mais elevados de incidência da negligência. Assim, e analisando estes dados verificamos que a negligência tem uma incidência bastante elevada na sociedade portuguesa, tornando-a um problema de saúde grave e que afeta uma larga fração da população nos primeiros anos de vida. Neste sentido, pode afirmar-se que o mau trato a crianças corresponde a um problema de saúde pública¹ que origina, geralmente, uma forma de “hereditariedade social”. Assim, é urgente intervir para que o fenómeno da violência não venha a repercutir-se de geração para geração (Prazeres, 2008).

¹ Enquanto entidade clínica, os maus tratos são considerados na Classificação Internacional das Doenças (CID-CM, 9ª revisão, Organização Mundial de Saúde).

A realidade da negligência apresenta diferenças consoante a região, a sociedade, a cultura, a comunidade ou a família a que nos reportamos. Contudo, existe um conjunto de fatores que poderão potenciar a sua ocorrência (fatores de risco) ou diminuir a existência do fenómeno (fatores protetores) (Melo et al., 2006). Vários são os fatores que poderão estar na origem da negligência à criança, fatores estes que não atuam de forma isolada. O fenómeno dos maus tratos e, em particular da negligência, deve ter em conta um conjunto de fatores que interagem entre si, as características do sujeito e o ambiente (o mais próximo e o mais amplo que o rodeia). Assim, um programa de intervenção, no âmbito da negligência, para ser eficaz necessita que as medidas desenhadas tenham em conta todos os fatores anteriormente enunciados, com medidas específicas a implementar em cada setor, de forma a diminuir os fatores de risco e a aumentar os fatores protetores (Swenson & Chaffin, 2006).

A Carta de Ottawa, documento de referência no âmbito da promoção da saúde, declara que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma relevante dimensão da qualidade de vida. Este mesmo documento define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para intervir na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo desse processo. Consideramos que este processo de capacitação do indivíduo deve ter início na escola pois cada vez mais há a necessidade de as instituições escolares deixarem de ser um local de transmissão de conhecimentos para se tornarem num espaço estimulador das capacidades das crianças, onde se adquirem competências que promovam o bem-estar pessoal e social.

Na sociedade atual, as instituições de ensino assumem uma importância crescente no desenvolvimento das crianças, não só pelo aumento do tempo de permanência nelas, mas também pela modificação do conceito de família. Deste modo, educadores/as de infância e professores/as contactam diariamente e durante largos períodos de tempo com as crianças, o que os torna elementos excecionais na relação e no acompanhamento do seu desenvolvimento. Assim, estes profissionais encontram-se em condições singulares para conhecer a existência de indicadores de maus tratos ou fatores de risco na própria criança, na sua família ou meio envolvente, o que permite considerar os problemas e particularidades de cada família e de cada criança, delineando estratégias que as auxiliem nos domínios que mais necessitam ou encaminhando na procura de serviços e recursos que as possam ajudar a lidar com as suas dificuldades. Neste sentido, o papel do

educador/professor é especialmente importante em situações de maus tratos no que diz respeito à prevenção, identificação precoce e forma de lidar com eles. Gaudin (1993) defende que a intervenção apropriada deve estar de acordo com o tipo de negligência, por esse motivo é imprescindível saber reconhecer os seus sinais.

Falar em promoção da saúde implica falar no contributo de Aaron Antonovsky que considera que a promoção da saúde deve basear-se num trabalho que fortaleça as capacidades e competências dos indivíduos e das populações, compreendidos como fatores salutogénicos. Uma das virtualidades do modelo salutogénico é a sua aplicabilidade no processo geral de aprendizagem e na educação.

Anteriormente referimos que uma das consequências da negligência nas crianças é o baixo rendimento escolar e outros problemas que lhe são inerentes e que se prolongam para toda a vida. Nesta perspetiva e, segundo o modelo salutogénico, a promoção da saúde da criança deverá ser prioritária para as instituições escolares e para a família. Importa, por isso, estimular e aumentar os fatores protetores, através de estratégias que permitam desenvolver habilidades e competências pessoais e sociais nas crianças e não somente prevenir os fatores de risco (Melo et al., 2006).

Contudo, a existência de um histórico de maus tratos durante a infância não significa, necessariamente, que o indivíduo seja acompanhado pela adversidade ao longo da sua vida. Embora algumas pesquisas evidenciem que os maus tratos na infância podem originar problemas de saúde física e mental na idade adulta, outras pesquisas comprovam que um número substancial de crianças maltratadas mostraram conseguir resistir à pressão de situações de maus tratos (Asmussen et al., 2010). A esta capacidade de o indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas respondendo de forma consistente e satisfatória sem prejudicar a sua saúde e desenvolvimento, denomina-se capacidade de resiliência (Infante, 2005). Segundo Brazelton, esta capacidade de superar situações adversas parece ser construída na interação entre a pessoa e o envolvimento, não dependendo exclusivamente da pessoa nem do envolvimento (Penha, 1996).

Nos últimos anos verificamos um crescente interesse pelo estudo da resiliência e sua aplicação no âmbito da prevenção e da promoção da saúde, tendo como suporte o indivíduo, a família, a escola e a comunidade (Machado, 2010). Este novo paradigma confirma a crescente convicção que é possível, através de ações e programas, promover o bem-estar do indivíduo pelo fortalecimento e desenvolvimento de habilidades pessoais

(fatores protetores), afastando as abordagens baseadas nos fatores de risco (Assis et al., 2006).

Associado ao conceito de stress surge o conceito de resiliência e o termo *coping* que tem sido definido como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem às adversidades. O *coping* positivo é construído ao longo do tempo e do processo de desenvolvimento e crescimento do sujeito. Quer a resiliência, quer o *coping* dependem de características individuais, familiares e ambientais para se estruturarem. As estratégias de *coping* operam como importante fator de proteção ao risco, conferindo resiliência, caso sejam predominantemente ativas no sentido da resolução dos problemas (Assis et al., 2006). Por oposição, quando o sujeito vai fortalecendo estratégias de evasão dos problemas, tal facto torna-se um fator prejudicial à obtenção de resiliência.

Em acontecimentos traumáticos, como os maus tratos, os elementos de proteção conferem um papel facilitador no que diz respeito à estruturação da resiliência.

Vários estudos reconhecem três espécies de fatores de proteção em crianças resilientes: individuais, familiares e ambientais. Os fatores individuais estão relacionados com uma personalidade facilitadora de atitudes de confronto, favorecendo o enfrentar do problema, de que são exemplo a autoimagem positiva e a competência para conceber e desenvolver estratégias ativas na forma de lutar com dificuldades. Essas características mostram autoeficácia, autoconfiança, competências sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controlo emocional, humor e relacionamento com os pares. Os fatores familiares que facilitam a construção da resiliência são o suporte, a segurança, o bom relacionamento com progenitores e no ambiente de relações primárias. Por último, os fatores ambientais referem-se ao suporte de pessoas significativas e à vivência de experiências escolares positivas (Assis et al., 2006).

2.4 Projetos de Promoção da Saúde na Negligência

De acordo com Perry et al. (2002), a identificação precoce da negligência em crianças e jovens é o elemento mais importante da intervenção. Infelizmente, vários fatores dificultam a sua deteção, alguns já mencionados anteriormente, como o facto da difícil identificação, sobretudo quando as lesões/sequelas deixadas não se encontram visíveis. Por vezes, a negligência surge associada a outras formas de maus tratos que, sendo evidentes, são identificados e motivo de intervenção. Assim, é importante assumir-se um papel ativo na prevenção primária, o que pode ser feito através do conhecimento, por parte dos

profissionais, dos indicadores que caracterizam maus tratos e situações de negligência (Leeb et al., 2011).

No que diz respeito à intervenção em casos de negligência, verificamos que vários autores assumem que os programas desenhados neste âmbito têm tido dificuldade em alcançar resultados desejáveis, e os que alcançam bons resultados são programas com uma longa duração e dirigidos a problemas individuais, verificando-se que quanto maior é a gravidade do problema da família, menor é a probabilidade de as famílias alcançarem bons resultados (Gaudin, 1993). O mesmo autor afirma que as avaliações deveriam ter em especial atenção as características individuais dos pais, a família, a comunidade e os recursos disponíveis e, só após a recolha destes dados, deveria ser desenhada uma intervenção adequada. As intervenções deveriam envolver vários membros da família e não apenas a vítima de negligência e o adulto responsável. Outros autores sugerem que as intervenções não se devem limitar à família, mas sim às condições sociais envolventes (desemprego, condições precárias de habitação), ou seja, a melhoria destas condições resultaria em benefícios para a família, indiciando uma correlação entre as condições sociais e a ocorrência de situações de negligência (Child Welfare Information Gateway, 2001). Neste sentido, qualquer profissional que esteja em contato com as crianças deve estar atento a possíveis sinais de negligência e responder prontamente (setores da saúde, educação e serviços relacionados com a primeira infância).

De acordo com Perry et al. (2002), a intervenção deverá ser multidimensional, pois muitas vezes a negligência praticada pelo cuidador pode estar a ser causada por diversos fatores (sociais, económicos, psicológicos ou médicos) que estejam a dificultar a sua capacidade de atender às necessidades básicas de uma criança, condições essas que nem sempre estão sob o controlo do cuidador.

Conclui-se, assim, que os projetos de intervenção com famílias negligentes apresentam numerosos desafios. Contudo, existem programas promissores na abordagem com crianças vítimas de negligência, sendo disso exemplo os projetos que referiremos de seguida.

Em 1979, o National Institute of Mental Health, financiou o programa *Nurturing Parents* desenvolvido em Elmira, Nova Iorque, um projeto de intervenção que pelo seu sucesso foi replicado noutras cidades. O programa foi direcionado para o período pré-natal e infância precoce, incorporou ensaios randomizados que avaliaram a eficácia das visitas domiciliárias por enfermeiras, desde a gravidez até aos dois anos de idade das crianças.

Quinze anos após a sua implementação foi efetuada uma nova avaliação que demonstrou que as famílias que receberam as visitas domiciliares, em comparação com as famílias de controlo, apresentavam uma redução de 48% de maus tratos na infância e uma redução de 59% nas detenções. Outros benefícios relevantes do programa são a melhoria da saúde pré-natal e uma melhor preparação para a escola.

O Programa para o Fortalecimento de Famílias (*Strengthening Families Program - SFP*), coordenado por Karol Kumpfer, da Universidade de Utah, EUA, foi desenvolvido e testado em meados de 1980. É um programa de educação parental e formação familiar bastante reconhecido como muito eficaz na prevenção de situações disruptivas em meio familiar (violência familiar, delinquência, consumo de substâncias psicoativas e/ou outras situações de risco), direcionado para famílias de alto risco. O programa foi aplicado com sucesso em vários países europeus, como por exemplo, Inglaterra, Suécia, Noruega, Bélgica, Itália, Espanha, e reconhecido por diversas organizações internacionais, como por exemplo o CMHS (Center for Mental Health Services) como um programa-modelo no que diz respeito às intervenções familiares, mostrando, reiteradamente, sinais de eficácia na melhoria das relações familiares, competências parentais e competências de vida das crianças. Confirmando o interesse deste programa e a pertinência da sua aplicação em Portugal, o European Institute of Studies on Prevention, em articulação com o Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra promoveram a formação de profissionais para aplicação do SPF à população portuguesa, tendo para isso estado presente a própria autora do programa e Henry Whiteside, também da Universidade de Utah. O *Programa para o Fortalecimento de Famílias (PPF)* tem como população-alvo famílias com filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos de idade, e tem como objetivos fomentar a criação de fatores de proteção, melhorar as relações familiares, desenvolver as competências parentais e as competências sociais no sentido de diminuir as dificuldades com que as famílias se debatem.

Este programa de desenvolvimento de competências dos pais, dos filhos e das famílias tem a duração de 14 sessões semanais (3 horas cada sessão), em grupos de aproximadamente 10 famílias. As sessões não têm horário fixo e têm sempre início com uma refeição em que se encontram presentes os elementos da família e os técnicos. No final das 14 sessões realiza-se uma festa com as famílias. O *PPF* envolve uma série de manuais de apoio à implementação do programa para todos os intervenientes (Manual para Pais e Educadores, Manual para os Filhos, Manuais para Dinamizadores) e um extenso

protocolo para avaliação do programa, sendo desenvolvido por uma equipa multidisciplinar constituída por 6/7 elementos.

Pelo seu sucesso o programa tem sido adaptado para diferentes populações e em diferentes línguas. Em Portugal, a Câmara Municipal da Horta refere a implementação deste projeto com 9 famílias, entre Setembro e Dezembro de 2010, no entanto não foi encontrada nenhuma avaliação desta aplicação.

O Programa *The Chronic Neglect Project St. Louis* foi desenvolvido em 1997 pela Divisão de Serviços da Família, no Missouri, Estados Unidos da América, para famílias negligentes. Neste programa, direcionado para casos de negligência crónica, era dada formação para reconhecer e tratar este tipo de negligência. O programa examina os padrões de comportamento, em vez de incidentes individuais, determinando se deve ou não intervir para proteger a criança. Um especialista em negligência infantil estava disponível para fornecer a informação necessária. Neste programa destacamos a capacitação que é transmitida à família para que intervenha e participe nas decisões sobre as suas necessidades e na procura das soluções. O programa procurou alcançar alguns resultados dos quais destacamos a melhoria do comportamento parental, a melhoria da ligação pais/filhos, a melhoria das condições de segurança da habitação e para as crianças com problemas de saúde resultantes dos atos de negligência, melhoria da saúde e do desenvolvimento físico. O programa também enfatiza a mudança duradoura, ou seja, os resultados alcançados deveriam manter-se pelo menos seis meses para que se considerasse o caso encerrado, minimizando assim a hipótese de recorrência da negligência.

O programa *Family Connections* desenvolvido, em 1999, pela Universidade de Maryland, em Baltimore (EUA), e financiado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos, é um programa de prevenção de negligência dirigido a famílias em situação de risco com crianças com idades entre os 5 e os 11 anos. O programa demonstrou eficácia, revelando resultados positivos na prevenção do abuso e negligência de crianças. Os resultados da avaliação do programa mostraram que melhoraram os fatores de proteção, tais como as competências parentais e atitudes, reduziram os fatores de risco, tais como a depressão dos cuidadores, o uso de substâncias e os problemas de comportamento das crianças. O programa demonstrou também reduzir os incidentes de abuso e negligência de crianças e a segurança das mesmas e um maior bem-estar. Com base nos resultados positivos do programa original, este programa foi replicado a oito comunidades, tendo

recebido vários prêmios. A avaliação do projeto salienta a necessidade de uma maior e mais rigorosa pesquisa sobre programas de prevenção neste âmbito.

O Projeto *SafeCare*, criado em 2002, (adaptado do Projeto *12 Ways*) tenta abordar um amplo espectro de riscos associados ao abuso infantil e negligência, dando especial ênfase a três componentes: cuidados de saúde infantil, segurança em casa e prevenção de acidentes e as interações positivas entre pais e filhos. O *SafeCare* baseia-se na premissa de que os maus tratos a crianças resultam de uma combinação de fatores, incluindo características individuais dos pais, as interações entre pais e filhos e as forças sociais e culturais. Este programa, aplicado no ambiente familiar, é projetado para atender às necessidades de formação e de informação dos pais abusivos e negligentes e dos pais que estão em alto risco de abuso e negligência devido às características como a idade, falta de apoio social e um baixo nível de educação. Os pais que completaram o projeto *SafeCare* mostraram ter melhorado significativamente o desempenho no que diz respeito à segurança em casa, nos cuidados de saúde e nas interações positivas com os filhos.

O Programa *Building Healthy Families*, desenvolvido em 2002, surgiu para ajudar os pais com as mudanças e necessidades da sua família aquando o nascimento de uma nova criança, sendo então, direcionado para famílias de grávidas ou para novos pais. Este é um programa abrangente de prevenção que incide sobre a segurança das crianças e, simultaneamente, apoia as famílias. O programa tem como objetivos assegurar que as necessidades básicas da família são atendidas, a promoção de interações positivas entre a família e o bebé, melhorar a compreensão sobre o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança, o fortalecimento do sistema da sua família de apoio e o estabelecimento de ligações entre outros programas e recursos da comunidade.

O *Center for the Study of Social Policy* (2007) defende que a relutância das famílias em participar em programas que os identificam como “em risco” está bem documentada e traduz-se numa significativa barreira nas intervenções destinadas a reduzir o abuso e a negligência. Assim, e baseando-se em evidências, a mesma publicação, defende que a intervenção deverá ser construída, tendo como base a promoção da resiliência, sendo assim mais atraente para as famílias, e logo com mais possibilidades de eficácia junto das famílias. De acordo com DePanfilis (2006) os programas que promovam uma positiva e responsiva relação pais-filhos, como estratégias de prevenção e de intervenção, são a chave para o sucesso.

Dos programas de intervenção revistos ressaltamos o facto de todos sublinharem a importância de se respeitar a identidade e diversidade cultural das famílias e de basear a intervenção na capacitação das famílias, ou seja, na identificação e reforço dos seus pontos fortes, construindo as intervenções sobre estes.

2.5 Os manuais como forma de promoção da saúde

Nos Estados Unidos da América, desde 1974, o Governo tem envidado esforços no sentido de ser um catalisador para a mobilização dos serviços sociais, de saúde, educação e justiça para enfrentar os desafios na prevenção e tratamento dos maus tratos e negligência. Assim, em 1977, o National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) desenvolveu 21 manuais para fornecer orientações aos profissionais que têm responsabilidade no que diz respeito à proteção das crianças, e aumentar a colaboração da comunidade e da qualidade dos serviços prestados às crianças e famílias. Alguns manuais descrevem os papéis e responsabilidades dos profissionais no que diz respeito à prevenção, identificação e tratamento de maus tratos à criança, outros manuais focam temas mais particulares (Gaudin, 1993). Ao longo dos anos, os manuais têm sido considerado um valioso recurso para a construção do conhecimento, promovendo práticas eficazes e permitindo o aumento da promoção da colaboração comunitária. De 1970 a 1990 verificou-se uma mudança drástica na resposta da comunidade a crianças vítimas de maus tratos e negligência, mudança essa que refletiu um crescente reconhecimento da complexidade das questões pais/filhos, nova legislação e práticas inovadoras. Neste sentido, significativos avanços nas pesquisas ajudaram a moldar novas direções para as intervenções, enquanto as avaliações contínuas ajudam a perceber quais as estratégias eficazes (Crosson-Tower, 2003).

3. Método

3.1. Amostra

3.1.1 Construção da amostra

Para a realização do presente projeto utilizou-se uma amostra não probabilística de conveniência. Para Carmo et al. (1998), neste tipo de amostragem recorre-se a um grupo de sujeitos que esteja disponível ou a um grupo de voluntários. Fortin (2006) refere que a amostra acidental ou de conveniência é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que correspondem a critérios de inclusão precisos.

A escolha dos participantes contemplou três critérios estabelecidos:

- a sua pertença a uma das seguintes profissões: médico/a, enfermeiro/a, educador/a de infância, assistente operacional – pois tal como foi já mencionado anteriormente estes são alguns agentes que desempenham funções em posições privilegiadas do ponto de vista do contacto com as crianças e famílias e do eventual conhecimento e intervenção em casos de negligência;
- a sua acessibilidade – numa perspetiva de rentabilização de tempo, os participantes foram seleccionados de acordo com a facilidade dos contactos a realizar através das instituições educativa e de saúde e com a devida autorização;
- a disponibilidade para participar na investigação – a participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, podendo ou não responder ao questionário.

Neste projeto, a investigadora optou por este tipo de amostra devido à escassez de tempo.

3.1.2. Características gerais da amostra

Como podemos observar no Quadro 1, a amostra é constituída por 61 indivíduos maioritariamente do sexo feminino (86,9%), casada/o (57,4%) e com filhos/as (62,3%). A maioria dos elementos da amostra situa-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos (34%), com habilitações literárias ao nível do ensino superior (licenciatura e mestrado - 57,4%), no entanto é também importante sublinhar que 42,6% dos indivíduos não possuem a escolaridade obrigatória, no caso das assistentes operacionais. Dos 61 indivíduos, 33 são agentes educativos (54,1%) e 28 são técnicos de saúde (45,9%). Dos 33 agentes educativos, 11 são educadoras de infância (18%) e 22 são assistentes operacionais (36,1%). Dos 28 técnicos de saúde, 15 são médicos/as (24,6%), 8 enfermeiros/as (13,1%), 4 são estagiários/as de enfermagem (6,6%) e um não especifica a sua formação (1,6%).

A maioria dos indivíduos (36,1%) exerce funções de assistente operacional, em creche ou jardim de infância, enquanto 24,6% são médicos/as, 18% são educadoras de infância, 13,1% são enfermeiros/as, 6,6% são estagiários/as (finalistas) de enfermagem e 1,6% não especificou a sua formação, no entanto sabemos que exerce funções de medicina ou enfermagem. A maioria dos indivíduos (31,2%) tem uma experiência profissional entre os 11 e os 20 anos.

Quadro 1 – Características gerais da amostra.

Caraterísticas gerais da amostra	n	%
Sexo		
Feminino	53	86,9
Masculino	8	57
Idade		
Entre os 20 e os 30 anos	14	23
Entre os 31 e os 40 anos	21	34
Entre os 41 e os 50 anos	14	23
Mais de 50 anos	12	20
Estado civil		
Solteiro/a	19	31,1
Casado/a	35	57,4
Divorciado/a	6	9,8
Viúvo/a	1	1,6
Estatuto parental		
Com filhos/as	38	62,3
Sem filhos/as	23	37,7
Habilitações literárias		
1º Ciclo	3	4,9
2º Ciclo	3	4,9
3º Ciclo	9	14,8
Ensino secundário	11	18
Licenciatura	31	50,8
Mestrado	4	6,6
Profissão		
Assistente operacional	22	36,1
Médico/a	15	24,6
Educadora de Infância	11	18
Enfermeiro/a	8	13,1
Estagiário/a de Enfermagem	4	6,6
Não especifica (Centro de saúde)	1	1,6
Experiência profissional		
Menos de 5 anos	15	24,6
Entre os 5 e os 10 anos	8	13,1
Entre os 11 e os 20 anos	19	31,2
Entre os 21 e os 30 anos	13	21,3
Mais de 30 anos	5	8,2
Não resposta	1	1,6
Total	61	100

A instituição educativa selecionada foi a Associação Fernão Mendes Pinto², uma IPSS, sediada em Montemor-o-Velho, com valências de creche e jardim de infância uma vez que acolhe um grande número de utentes estando, por esse motivo, os profissionais da amostra em contacto com a faixa etária dos zero aos 6 anos (sendo esta faixa etária significativa no que diz respeito à ação da CPCJ de Montemor-o-Velho, segundo os dados fornecidos).

O Quadro 2, abaixo indicado, mostra os processos em acompanhamento na CPCJ de Montemor-o-Velho, no ano 2011.

Quadro 2 – Caracterização do concelho de Montemor-o-Velho relativamente aos processos em acompanhamento na CPCJ, em 2011.

Processos em acompanhamento 2011	N.º de crianças/Jovens	%
Entidades sinalizadoras		
Autoridades policiais	31	41,3
Estabelecimentos de ensino	20	26,7
Ministério público	6	8
Outras CPCJ's	6	8
IPSS's	4	5,3
Estabelecimentos de saúde	3	4
Familiares	2	2,7
Vizinhos e Particulares	2	2,7
Núcleo Local de Inserção de Montemor-o-Velho (RSI)	1	1,3
Motivos de intervenção/Problemáticas		
Negligência	36	48
Violência doméstica presenciada	32	42,7
Absentismo escolar/Abandono escolar	4	5,3
Maus tratos físicos	2	2,7
Abuso Sexual	1	1,3
Faixa etária		
0 – 5 anos	21	28
6 – 9 anos	21	28
10 – 12 anos	9	12
13 – 15 anos	17	22,7

² A Associação Fernão Mendes Pinto é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, constituída em 1977, sediada em Montemor-o-Velho, tendo como objetivos principais a prestação de serviços de segurança e solidariedade social, saúde e cuidados continuados, igualdade de género, desenvolvimento local e economia social, podendo igualmente desenvolver outras atividades de natureza educativa, formativa, recreativa, cultural, ambiental e desportiva que visem a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos. Ao longo dos anos tem desenvolvido vários projetos dirigidos às crianças e jovens em risco bem como às suas famílias.

16 – 17 anos	7	9,3
Total	75	100

Fonte: CPCJ de Montemor-o-Velho

A partir do Quadro 2 é possível constatar que as autoridades policiais figuram como a principal entidade sinalizadora (41,3%) e a negligência como a principal problemática do concelho (48%), afetando as faixas etárias dos 0-5 anos e dos 6-9 anos com igual incidência (28%).

3.2. *Instrumento*

Para a recolha de dados seleccionámos o Questionário de Auscultação de Opiniões, Conceções e Sensibilidades a Diferentes Grupos Profissionais, face à Problemática dos Maus Tratos a Crianças (Martins, 1998) (Anexo 1). Este instrumento, numa primeira versão, era constituído por 28 situações hipotéticas de maus tratos, tendo sido submetido a um estudo-piloto, com indivíduos com diferentes formações, que além de preencherem expuseram as suas reflexões e os raciocínios subjacentes a cada resposta, o que permitiu aferir a compreensão de cada item e aperfeiçoar a sua formulação e organização, visando atenuar as ambiguidades que pudessem causar equívocos. Após sucessivas reformulações, o questionário chegou à sua forma final com 25 itens.

Este questionário foi alvo de algumas adaptações de acordo com a especificidade do nosso estudo, ou seja, apenas estão mencionadas situações de negligência, todas as outras formas de maus tratos foram retiradas uma vez que não serão objeto de estudo. De acordo com Fortin (2006), por vezes é necessário eliminar questões quando se utiliza um questionário validado para que seja possível responder às exigências da investigação que se empreende.

Assim, o questionário é composto por uma primeira parte em que se pretende fazer uma recolha de dados biográficos, uma segunda parte em que se pretende que os participantes classifiquem as situações apresentadas³ como sendo, ou não, uma situação de negligência, ou podendo ou não ser situação de perigo de negligência, dependendo da consideração de vários fatores. Na eventualidade de optarem pela última afirmação, os

³ De referir que cada situação apresentada está tipificada como sendo de mau trato no questionário original da Dr.^a Paula Martins e devidamente justificada pela autora.

Dado tratarem-se de situações de mau trato, segundo a legislação em vigor (Lei N.º 147/99 de 1 de Setembro), no seu artigo 3º, 2, alínea b), considera-se que a criança ou jovem nestas circunstâncias está em perigo.

participantes deviam assinalar, de entre quatro fatores apresentados, quais os que consideravam representativos para avaliar o caráter de perigo das situações que compreendem crianças. É importante mencionar que as situações que constam no questionário foram apresentadas como podendo ou não ser situações de perigo, sendo a avaliação das mesmas deixada ao critério dos participantes. No entanto, todas as situações retratam diferentes tipos de negligência (de acordo com a classificação da autora do questionário).

No final do questionário foram acrescentadas duas questões, a primeira relativamente à observação, ou não, ao longo da experiência profissional de uma situação de negligência. A segunda questão é de resposta aberta e solicita ao participante que descreva quais os indicadores que lhe permitem verificar se se encontra perante um caso de negligência a crianças.

3.3. Procedimentos

Numa primeira fase, para a realização desta investigação, efetuámos os procedimentos formais. Para tal começámos por enviar, por escrito, um pedido de autorização (Anexo 2) para preenchimento de um questionário dirigido ao Presidente de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sediada em Montemor-o-Velho, com valências de creche e jardim de infância e outro dirigido à Diretora Clínica do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego 2 (Anexo 3) para que o mesmo questionário pudesse ser aplicado a médicos/as e enfermeiros/as dos Centros de Saúde de Montemor-o-Velho e Arazede.

Numa segunda fase, e após a devida autorização das entidades, os inquiridos por questionário foram entregues aos responsáveis das valências de creche e jardim de infância e aos profissionais de saúde para que fossem aplicados aos inquiridos e foram recolhidos pela investigadora nas duas semanas seguintes. O questionário foi distribuído junto de 67 elementos tendo sido recebidos e considerados como válidos para efeitos do presente estudo 61, o que representa uma taxa de retorno e adesão de 91,04%.

Numa terceira fase, foi elaborado um manual para os profissionais que quotidianamente contactam com crianças, e para a comunidade em geral. Este manual tinha como objetivo reunir informações fundamentais sobre o tema, de modo a contribuir para a intervenção adequada e informada dos/as técnicos/as face a situações de negligência.

Numa quarta fase os manuais foram distribuídos aos profissionais que responderam aos questionários.

Numa última fase, foi realizada uma sessão com educadoras de infância para refletir sobre algumas questões do questionário e auscultar as suas opiniões relativamente ao manual elaborado.

3.3.1. Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos nas perguntas fechadas foram tratados estatisticamente com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 19. Por sua vez, na questão aberta do questionário foi realizada uma análise de conteúdo para a identificação das categorias de resposta (indicadores), tendo-se posteriormente procedido à análise de frequência das categorias identificadas, através do programa Excel, do Microsoft Office.

3.4. Manual

O manual elaborado reúne informação que permite aos agentes que se encontram na primeira linha de atendimento à criança (educadores/as de infância, assistentes operacionais, médicos/as, enfermeiros/as), e à comunidade em geral, reconhecer sinais de alarme característicos de atos negligentes para que seja feito o delineamento de intervenções qualificadas por um carácter precoce, mínimo e proporcional, que permitam ganhos significativos em saúde.

Na sua elaboração seguimos dois princípios orientadores, em primeiro lugar, uma exaustiva revisão da literatura sobre o tema e, posteriormente, a enumeração dos indicadores relevantes apontados pelos participantes na questão aberta do questionário.

O manual começa por definir o conceito de negligência, indicando alguns dados atuais sobre a problemática. Segue-se uma breve caracterização do concelho de Montemor-o-Velho para darmos a conhecer o meio onde este projeto se desenvolveu. Nos capítulos seguintes é possível encontrar informação relativa aos sinais de alerta nas crianças até aos 6 anos, ao impacto que a negligência poderá ter nas crianças, aos fatores que poderão indicar risco ou que poderão conferir proteção às crianças. Refletimos sobre a contribuição do manual para a melhoria da saúde física e mental e delineamos algumas estratégias para a intervenção em situações de negligência, concluindo com uma lista de contactos úteis relacionados com esta problemática.

O manual pretende ser um recurso para a construção do conhecimento, melhorando a compreensão do papel dos indivíduos na proteção das crianças.

Com o intuito de verificar a contribuição do manual para a melhoria da saúde física e mental realizámos uma sessão com seis educadoras de infância que previamente responderam ao questionário inicial da investigação e que posteriormente receberam o manual *Negligência nos cuidados infantis – Como identificar... Como atuar...* e que se mostraram disponíveis a participar na sessão. Pretendia-se que, na análise metódica e sistemática das discussões, o contraste de diversas perspetivas entre profissionais da mesma área permitisse tirar conclusões sobre a utilidade do manual e fornecesse pistas sobre a forma como é percebido o material do ponto de vista da promoção da saúde.

A elaboração de um plano para esta sessão foi essencial para garantir a sua validade, deste modo é necessário ter em atenção alguns aspetos como a preparação das questões, a seleção dos participantes e a condução da sessão. De acordo com Ferreira (2004), as questões da sessão deverão ser colocadas de forma dedutiva, ou seja, do geral para o particular. Deste modo, elaborámos um guião que pudesse ser utilizado de forma semi-diretiva, ou seja, elaborámos cinco questões que pudessem criar oportunidade para troca de ideias (Anexo 4). A elaboração de um guião com questões permite uma análise mais eficaz, no entanto a ordem de abordagem das mesmas não deverá ser rígida.

4. Resultados

O instrumento utilizado permitiu caracterizar a amostra quanto à sua capacidade de identificar situações de negligência.

4.1 Estudos descritivos

Da análise das frequências de respostas ao questionário (n=61) nas três categorias consideradas verifica-se que 65% dos inquiridos classifica as situações apresentadas como sendo situações de perigo de negligência, 26% inclina-se pela consideração dos fatores indicados da qual advirá o juízo acerca da classificação de perigo das situações apresentadas, apenas 1% afirma que as situações não são de perigo, sendo ainda de referir que 8% não responde a nenhuma das três categorias, como pode ser observado no Gráfico 1 (Anexo 5).

Pelo Quadro 3 (Anexo 5) verifica-se que, em todas as situações apresentadas, a maioria dos inquiridos considera-as como situações de negligência Ainda pela observação

do mesmo Quadro, verificamos que as situações em que há menos dúvidas quanto à classificação como situação de negligência são:

- “S4. Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade, uma capacidade física ou mental superiores às suas possibilidades atuais”, com 80,3 % dos inquiridos a considerá-la situação de negligência;
- “S3. Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória”, com 72,1 % dos inquiridos a considerá-la situação de negligência;
- “S5. Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a”, com 72,1 % dos inquiridos a considerá-la situação de negligência.

Por sua vez, as situações que parecem não ser tão evidentes na identificação de negligência são:

- “S7. Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender”, com apenas 52,5% dos inquiridos a considerá-la situação de negligência;
- “S6. Os pais de uma criança consentem que coma pouco, que ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física”, com apenas 55,7% dos inquiridos a considerá-la situação de negligência.

Quando assinalassem a categoria de resposta “Poderá ser ou não uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores”, os inquiridos podiam ainda assinalar, para cada situação, 4 fatores que considerassem poder influenciar a definição de situação de negligência (Quadro 4, Anexo 5). Globalmente, e em 4 das 8 situações consideradas, as condições socioeconómicas dos pais são o fator mais assinalado nas respostas condicionadas (Gráfico 2, Anexo 5).

No que diz respeito à frequência de respostas à questão “Ao longo da sua atividade profissional já observou casos de negligência a crianças?”, a maioria dos inquiridos (69%) afirma já ter observado (Gráfico 3, Anexo 5).

Na questão aberta do questionário “Que indicadores lhe permitiram/permitem verificar que se encontra perante um caso de negligência a crianças?”, foram identificadas

15 categorias (indicadores), com 92 referências. Obtivemos resposta a esta questão em 38 questionários (62% da amostra), tendo-se registado 1 a 8 indicadores por questionário, com uma média de 2,4 indicadores referidos por questionário. Identificaram-se 9 questionários com referência de 1 indicador; 12 questionários com a identificação de 2 indicadores; 14 questionários com 3 indicadores; 1 questionário com 4 indicadores; 1 questionário com 5 indicadores e 1 questionário com 8 indicadores. Da distribuição da frequência de referências aos indicadores agrupados pelas 15 categorias identificadas, verifica-se ser a falta de higiene (corporal, vestuário e habitação) o indicador mais referido nesta questão (Quadro 5, Anexo 5).

4.2 Estudos comparativos

No que diz respeito à análise inferencial, a comparação das respostas ao questionário em função das características dos sujeitos e a aferição da significância estatística dos resultados obtidos foi realizada com recurso ao teste χ^2 . As respostas consideradas referiram-se à classificação das 8 situações apresentadas no questionário como: “Não é uma situação de negligência”; “É uma situação de negligência” e “Poderá ser ou não uma situação de negligência”.

As características dos sujeitos em análise foram:

4.2.1. Classificação das situações de negligência em função da idade

Considerando as respostas dos diferentes grupos etários, apenas se aferiram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação da situação 1 (S1) – “Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico”, com o grupo de profissionais com mais de 50 anos a demonstrar menos dúvidas na classificação da situação como sendo uma situação de negligência (Quadro 6, Anexo 5).

4.2.2. Classificação das situações de negligência em função do sexo

Considerando as respostas dos indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação de qualquer das situações apresentadas (Quadro 7, Anexo 5).

4.2.3. Classificação das situações de negligência em função do estado civil

Considerando as respostas dos indivíduos dos quatro grupos referentes ao estado civil, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação de qualquer das situações apresentadas (Quadro 8, Anexo 5). Por sua vez,

considerando as respostas dos indivíduos divididos em dois grupos (casados vs. outros), apenas se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação da situação 7 (S7) – “Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender”, com o grupo dos casados com menos dúvidas na classificação desta situação como sendo uma situação de negligência (Quadro 9, anexo 5).

4.2.4. Classificação das situações de negligência em função do estatuto parental

Considerando as respostas de indivíduos com ou sem filhos, apenas se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação da situação 8 (S8) – “Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiénico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos”, com o grupo de indivíduos com filhos com menos dúvidas na classificação desta situação como sendo uma situação de negligência (Quadro 10, Anexo 5).

4.2.5. Classificação das situações de negligência em função das habilitações literárias

Considerando as respostas de indivíduos com habilitações literárias iguais ou superiores ao grau de licenciado e sujeitos com habilitações literárias inferiores ao grau de licenciado, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação das situações 7 (S7) - “Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender”, e 8 (S8) – “Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiénico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos”, com o grupo dos indivíduos com habilitações literárias mais elevadas a optar com maior frequência por respostas condicionadas na classificação de situações de negligência (Quadro 11, Anexo 5).

4.2.6. Classificação das situações de negligência em função das atividades profissionais desempenhadas

Considerando as respostas dos indivíduos dos quatro grupos profissionais questionados [Assistentes operacionais / Educadoras de Infância / Enfermeiros(as) / Médicos(as)], não se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação de qualquer das situações apresentadas (Quadro 12, Anexo 5). Por sua vez,

considerando as respostas dos indivíduos divididos em dois grupos (profissionais de saúde vs. profissionais de educação), apenas se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação da situação 3 (S3) – “Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória”, com o grupo dos profissionais de saúde com menos dúvidas na classificação desta situação como sendo uma situação de negligência (Quadro 13, Anexo 5).

4.2.7. Classificação das situações de negligência em função da experiência profissional

Considerando as respostas dos indivíduos divididos pelos grupos de anos de experiência profissional previstos no questionário, apenas se identificaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação da situação 3 (S3) - “Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória”, com os grupos dos indivíduos com mais de 21 anos de experiência profissional com menos dúvidas na classificação desta situação como sendo de negligência (Quadro 14, Anexo 5).

4.2.8. Classificação das situações de negligência em função do contacto/observação anterior de casos de negligência

Considerando as respostas de sujeitos com e sem contacto/observação anterior de casos de negligência, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) na classificação das situações 2 (S2) - “Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem” - e 5 (S5) – “Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a”, com o grupo dos indivíduos com contacto/observação anterior de casos de negligência a optar com maior frequência pela classificação destas situações como sendo de negligência (Quadro 15, Anexo 5).

4.3. Sessão com profissionais

No que diz respeito à reflexão sobre as questões do questionário aplicado (Anexo 4), as educadoras de infância referiram que é necessário estar atento e acompanhar as crianças e famílias para que se possa perceber se se trata de um caso de negligência ou não, pois, e como expressaram, os maus tratos físicos são mais visíveis e a negligência, sobretudo a emocional, é mais difícil de se detetar uma vez que só se torna visível quando é continuada no tempo.

Na segunda questão colocada, salientaram que consideram que os fatores apresentados (a consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude; as condições socioeconómicas dos pais; a frequência, duração ou severidade da situação; as consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais) são fundamentais para classificar as situações como sendo casos de negligência. Estas afirmações foram baseadas nas suas experiências profissionais, pois consideram que a negligência pode ser causada pela imaturidade dos progenitores aliada à inconsciência das consequências dos atos negligentes, ou seja, equacionam que poderá existir negligência sem se ter essa consciência, o que poderá ser justificado pela educação que os próprios pais das crianças tiveram.

Quando questionadas sobre a contribuição que o manual poderá ter para a deteção de situações de negligência (Anexo 4), referiram que este alerta para situações que facilmente passam ocultas sendo, por isso, desvalorizadas pelos profissionais que não as consideram de imediato como atos de negligência. Consideram que o manual constitui uma mais-valia pelo facto de ser claro, conciso, muito direto, apelativo, com linguagem acessível a qualquer pessoa que o leia.

Relativamente à quarta questão (“O que podem fazer enquanto profissionais para contribuir para a diminuição da negligência?”), referiram que o manual salienta determinados aspetos que lhes permitem estar agora mais atentas a situações que poderão, à partida, ser indicadoras de negligência. Para contribuírem para a diminuição da negligência admitem poder utilizar algumas estratégias apontadas e/ou os contactos sugeridos no manual. As educadoras sugerem também o desenvolvimento de ações na sala de atividades com o grupo de crianças, pois estas são portadores de mensagens para os seus cuidadores, nomeadamente explorando atitudes/comportamentos menos corretos (a título de exemplo, referiram as ações no âmbito da higiene). Mencionaram aspetos como o encaminhamento e trabalho em equipa com outros profissionais (como por exemplo, o psicólogo) e a importância da construção de uma relação de confiança com a criança e respetiva família. Consideram também fundamental atuar junto das famílias negligentes, o que veio ao encontro da última questão a colocar. Quando questionadas sobre a forma como poderão trabalhar com as famílias, todas as profissionais são unânimes na importância da prudência da atuação, ou seja, é fundamental a abordagem ser discreta e cautelosa pois nem sempre as famílias aceitam a intervenção de um elemento exterior. Consideram igualmente importante apoiar, não só a criança, mas também a sua família,

trabalhando a mentalidade dos cuidadores, pois por vezes as suas ações são a reprodução dos comportamentos dos seus progenitores.

As educadoras de infância referiram que, após lerem o manual, se encontram melhor esclarecidas e atentas relativamente a situações que poderiam ser consideradas dúbias no que diz respeito à negligência. As situações apresentadas no questionário foram, novamente, colocadas à consideração destas profissionais que, à luz dos conteúdos incluídos no manual, agora as classificaram maioritariamente como situações de negligência, sem margem de dúvida.

5. Discussão

Um dos objetivos do presente projeto foi identificar a capacidade de reconhecimento e identificação das situações de risco e/ou perigo de negligência para o desenvolvimento da criança por parte dos profissionais que, quer pela sua formação, quer pelo seu âmbito de ação, têm responsabilidade de o fazer no seu papel profissional. Ao sujeitar à apreciação dos indivíduos a avaliação do caráter negligente das situações, pretendia-se confrontar os conceitos de negligência teoricamente validados com aqueles dos profissionais que diariamente atendem crianças. Importa agora refletir e debater os aspetos, que no cenário da investigação e da intervenção, parecem ter alguma relevância.

Os resultados obtidos sugerem que, de uma forma global, existe um grande consenso acerca do que constitui a negligência infantil, registando-se um notável acordo entre o entendimento académico e a prática destas situações.

Em termos gerais, a maioria das situações foram classificadas pelos inquiridos como representando perigo no que diz respeito à negligência, no entanto é significativo o número de inquiridos que considera necessário a verificação de outros parâmetros⁴ para poderem ajuizar esta ocorrência, registando-se apenas uma pequena percentagem de situações que foram consideradas como não perigosas. Esta dimensão subjetiva da classificação sugere-nos que, para a maioria dos técnicos o perigo das situações de negligência estaria mais próximo da intenção do que do ato em si. Seguindo esta linha de raciocínio até ao extremo, podemos pensar que duas crianças podem ser alvo do mesmo tipo comportamento por parte dos cuidadores, das quais resultam as mesmas consequências, podendo uma ser classificada como negligente enquanto a outra não.

⁴ A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude; as condições socioeconómicas; a frequência, duração ou severidade da situação; as consequências sofridas pela criança.

O item 4 (“Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade, uma capacidade física ou mental superiores às suas possibilidades atuais”), foi identificado por mais de 80% dos participantes como sendo uma situação de perigo, esta situação traduz a ocorrência de negligência física. O item 7 (“Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender”) foi o que suscitou mais dúvidas na avaliação, uma vez que os participantes necessitaram de ponderar outros aspetos. Esta situação corresponde a um caso de negligência emocional ou psicológica.

A negligência parece ser uma forma de mau trato menos evidente no que diz respeito à representação de perigo, o que talvez possa ser justificado pelo conceito não se encontrar bem definido e interiorizado enquanto uma categoria dos maus tratos. O motivo para que isso aconteça poderá ser a existência de uma certa tolerância social relativamente a algumas formas de negligência que, mais vulgares nalguns contextos culturais e meios sociais, são vistos como normais à luz de determinados modelos culturais e educativos de adequação das práticas de prestação de cuidados às crianças.

A literatura é concordante com os resultados obtidos, uma vez que a negligência emocional, traduzida em situações como a indiferença ou indisponibilidade, de uma mãe em relação ao seu filho, é considerada como uma conduta que não será, necessariamente, negligente, mas fruto do quotidiano das relações entre mães e filhos que nem sempre serão as ideais. Este foi precisamente o item que mais dúvidas suscitou entre os participantes no estudo, a que talvez não esteja alheio o facto de a maioria da amostra pertencer ao sexo feminino e ao facto de a negligência emocional ser menos visível quando comparada com a negligência física. Apesar da relevância dos problemas psicológicos, que se prendem sobretudo com o seu carácter nefasto, continuado e insidioso, são os danos físicos que continuam a movimentar os indivíduos para classificar o ato como maltratante (Perry et al., 2002). Normalmente, a negligência psicológica acompanha, em grau variável, a negligência física, no entanto o inverso não é necessariamente efetivo (Erickson et al., 1996).

Estes resultados vêm, de algum modo, na linha das investigações desenvolvidas por Martins (1998) e por Reis (2009). O estudo de Martins (1998) foi desenvolvido com cinco grupos profissionais (educadores/as de infância, professores/as de 1º Ciclo, técnicos/as de serviço social, psicólogos/as e médicos/pediatras) enquanto Reis (2009) teve como amostra

um maior leque de áreas profissionais, cujos indivíduos desempenhavam funções numa CPCJ. Em ambas as investigações foi utilizado o questionário original de Martins (1998) que apresentava 25 itens, em vez dos 8 utilizados no nosso estudo, itens esses que retratavam as várias formas que os maus tratos podem assumir. Nos seus estudos, os itens que menos dúvidas suscitaram foram os que colocavam em causa a integridade física da criança de uma forma mais clara e óbvia, de que são exemplo, as situações de abuso físico e abuso sexual. De igual forma, os itens que suscitaram maiores dúvidas na classificação, e cuja avaliação requeriam a consideração de outros fatores, estavam relacionados com situações de negligência, muitas vezes associados à pobreza ou a condições socioeconómicas desfavoráveis, o que constitui um conflito para a própria definição de negligência, tal como foi debatido anteriormente. Crianças mal vestidas, ou inadequadamente vestidas, face às condições climatéricas, alimentação inadequada, habitações com poucas condições de higiene e segurança, são cenários que se tornam frequentes na conjuntura atual do nosso país e que, talvez por esse motivo, se verifica serem os que menos são considerados como situações de perigo pela amostra.

Como se pode verificar pelos resultados obtidos, o sexo parece ser a única característica pessoal dos indivíduos que constituem a amostra que revela não ser um fator diferenciador das respostas. Este facto vem contrariar outros estudos efetuados em que as características como a idade, o sexo, o estado civil, o estatuto parental e a experiência profissional não revelaram ter influência sólida sobre as respostas dos participantes (Adjukovic et al., 1993, Portwood, 1998). É importante ressaltar que os resultados obtidos são limitados pelo tamanho da nossa amostra, que impede a generalização dos resultados para um universo mais amplo, contudo, e tratando-se de um projeto de intervenção com uma limitação de tempo, uma amostra maior colocaria em causa a avaliação da intervenção.

A idade dos inquiridos apenas foi significativa no item 1 (“Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico”) que corresponde a uma situação de negligência da saúde mental ou psicológica, com os participantes com mais de 50 anos com menos dúvidas na avaliação. Da mesma forma, a experiência profissional apenas foi relevante na situação 3 (“Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem”), que traduz uma situação de negligência educacional, tendo os participantes com mais de 21 anos de experiência menos dúvidas na classificação da

situação como negligente. Tal facto, apesar de expectável, gera alguma surpresa pois atente-se, por exemplo, que a idade dos indivíduos está, normalmente, associada à experiência profissional, sendo por isso esperado que um maior tempo de serviço fosse um elemento facilitador no reconhecimento de situações de negligência, o que apenas foi significativo nas situações anteriormente mencionadas.

À primeira vista, o estado civil, repartido pelas suas 4 categorias (casado/a, solteiro/a, viúvo/a, divorciado/a) parecia não ser significativo na classificação das situações de negligência. Porém, ao analisarmos apenas em 2 grupos (casados/as vs outros), verificamos que na situação 7 (“Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender”) os indivíduos casados possuem menos dúvidas relativamente ao carácter negligente da situação.

A variável estatuto parental apenas mostrou ser relevante no item 8 (“Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiénico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos”) que corresponde a uma situação de negligência física, com os adultos com filhos com menor relutância na classificação da situação negligente.

Outro objetivo do presente projeto foi verificar se as situações de perigo relacionadas com a negligência são detetadas pelas diferentes categorias profissionais (médicos/as, enfermeiros/as, educadores/as de infância e assistentes operacionais) de igual forma. Em termos globais, as funções profissionais desempenhadas não parecem conduzir a diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos indivíduos, à exceção do item 3 (“Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória”) em que os profissionais de educação manifestaram maiores dificuldades na classificação da situação como negligência. O estudo de Martins (1998) é concordante com os nossos resultados.

Da mesma forma, pela variável habilitações literárias constatamos que em dois itens (S7. “Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender” e S8. “Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiénico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos), o grupo dos indivíduos com habilitações literárias mais elevadas (médicos/as, enfermeiros/as e educadores/as de infância) teve maior a dificuldade na

classificação das situações. O estudo de Ringwalt et al., 1989 (citado por Rose et al., 1993) é concordante com este resultado uma vez que refere que quanto maior o nível de instrução maior é a tolerância perante situações de negligência.

Outra informação que consideramos interessante está relacionada com a maior parte dos inquiridos já ter observado casos de negligência (69%) contudo, haver uma grande percentagem de desconhecimento (25%). Estes resultados podem ter duas interpretações, ou se tratam de realidades pouco frequentes ou algumas não estão identificadas como situações de perigo de negligência, pois como se pode observar no Quadro 2 (pg. 17), as áreas da saúde e as IPSS, das quais a Associação Fernão Mendes Pinto faz parte, não figuram como entidades representativas na sinalização de crianças, o que tratando-se de profissionais com responsabilidade em matéria de infância e com contacto diário, pode ser preocupante.

Diversas razões podem ser apontadas para explicar e questionar estes resultados. Por um lado, parecem relativamente inexplicáveis, dado que os/as educadores/as de infância e assistentes operacionais, se encontram em contacto com um grande número de crianças, durante largos períodos de tempo, ocupando, por isso, uma posição privilegiada de proximidade e conseqüente conhecimento das próprias crianças, famílias e dos seus contextos de vida, que aos outros profissionais apenas é possível relativamente a casos isolados que possam seguir no âmbito do exercício das suas funções. Assim, seria expectável que os/as educadores/as tivessem um maior contacto com situações de negligência. Considerando as suas respostas, pode julgar-se que estes profissionais não se encontram devidamente sensibilizados ou não terão a formação necessária para identificar estas situações de negligência que, nas suas formas mais subtis, passarão despercebidas. Esta é, sem dúvida, uma reflexão preocupante se se tiver em conta que, devido à sua posição privilegiada, teriam um papel precioso na deteção e intervenção nestes casos. Nos EUA, os professores são os profissionais que menos participações reportam de situações de maus tratos infantis quando comparados com os profissionais da saúde (médicos/as e enfermeiros/as). Os investigadores americanos justificam este facto com a falta de formação específica dos professores na área dos maus tratos, uma vez que não se encontra contemplada na formação inicial (Abrahams et al., 1992).

Mendonça (2008) na sua investigação analisou a formação dos docentes do 1º Ciclo na área dos maus tratos, quer na formação inicial, quer na formação contínua, para averiguar qual o interesse dos profissionais por esta problemática, tendo verificado que não

há oferta de formação formal nesta área na formação de base dos docentes. Relativamente à formação contínua, a escassez de oferta reflete a mesma realidade. Os professores não optam por formação nesta área porque não têm acesso ou têm de pagar por ações que não lhes concedem créditos. A exigência de créditos na carreira docente condiciona a escolha das formações, pois podendo ter acesso a ações gratuitas dentro das suas áreas pedagógicas, estes profissionais não se encontram motivados para qualquer outro tipo de formação. Embora se trate de um estudo de reduzida dimensão que, segundo a autora, não pode nem deve ser generalizado, acreditamos que traduz a realidade desta categoria profissional, tal como a dos/as educadores/as de infância, pois consultando os planos curriculares de várias instituições de ensino da carreira docente verificamos esta lacuna. A falta de formação dos docentes durante a formação inicial talvez possa justificar o facto de não existirem diferenças significativas nos dados obtidos relativos à eficácia da identificação das situações de perigo entre esta classe profissional e a classe das assistentes operacionais, o que de certo modo nos poderá surpreender uma vez que, entre os inquiridos, esta categoria profissional é a única que não exige formação de nível superior.

Enquanto no estudo de Martins (1998), os profissionais de educação mostraram níveis mais baixos na classificação das situações de maus tratos relativamente aos profissionais de saúde, no estudo de Reis (2009), os resultados foram exatamente o oposto. No nosso estudo, talvez pela dimensão da amostra, como já referimos anteriormente, não houve diferenças significativas na classificação das situações entre as duas áreas profissionais (saúde e educação).

Relativamente à questão aberta onde era pedido aos inquiridos que nomeassem os indicadores de negligência, importa dizer que 38% da amostra não mencionou qualquer indicador, o que pode ter duas interpretações, ou os inquiridos responderam na questão anterior nunca ter observado casos de negligência e por esse motivo não mencionaram indicadores, ou desconhecem os seus sinais e sintomas. Ainda nesta questão, 8,7% da amostra evidencia algum grau de desconhecimento relativamente aos sinais e sintomas da negligência uma vez que menciona como indicador “maus tratos físicos, marcas e lesões”, características de outras tipologias de mau trato. Os indicadores relacionados com a negligência emocional são menos referidos quando comparados com outras formas de negligência.

Relativamente aos resultados obtidos no nosso estudo importa, ainda, referir que houve sempre casos de não resposta às diferentes situações colocadas, que rondaram os

6,6% e os 9,8%, sendo por isso fundamental não ignorar que os inquiridos, sabendo-se participantes num estudo sobre a negligência, nomeadamente, respondendo a um questionário que aborda situações inquietantes e delicadas para as crianças supostamente abrangidas, e mesmo para muitos adultos, ao preencherem revelaram algum desconforto, o que pode não ser totalmente alheio aos resultados obtidos.

Outro grande objetivo do nosso projeto foi a elaboração de um manual que tentasse combater a falta de formação na área dos maus tratos, lacuna que Mendonça (2008) refere no seu estudo, uma vez que o manual tem como objetivo ajudar os profissionais, e comunidade em geral, a identificar os sinais, sintomas e indicadores de negligência, pois acreditamos que só estando alertados para esta realidade se poderá detetá-la e atuar com a celeridade que a problemática exige.

Relativamente ao manual elaborado e distribuído pelos profissionais de educação e de saúde, e embora se considere inapropriado comparar os nossos resultados com os dados obtidos noutros países ou culturas, cujo valor, fora delas poderá ser meramente informativo, acreditamos que à semelhança dos EUA, este poderá contribuir para a construção do conhecimento, promovendo práticas eficazes capazes de provocarem mudança na resposta dos profissionais a situações de negligência que assistam (Gaudin, 1993, DePanfilis, 2006). Esta opinião tem por base os testemunhos das educadoras de infância na sessão realizada. A avaliação da sua eficácia deveria ser concretizada, no próximo ano letivo, através da passagem do questionário.

6. Conclusão

Com este projeto pretendemos verificar a eficácia da identificação das situações de risco por parte dos profissionais que contactam diariamente com crianças e verificar se as situações de perigo relacionadas com a negligência são detetadas pelas diferentes categorias profissionais (médicos/as, enfermeiros/as, educadores/as de infância e assistentes operacionais), de igual forma. Relativamente ao primeiro objetivo verificámos uma significativa eficiência no que diz respeito à identificação da negligência, porém, verificámos igualmente que há ainda um longo caminho a percorrer para que todos os profissionais consigam reconhecer os sinais, sintomas e indicadores desta problemática. Quanto ao segundo objetivo, não se verificaram diferenças significativas na capacidade de análise das situações entre as diferentes categorias profissionais.

No que diz respeito ao nosso terceiro objetivo, pensamos ter dado um pequeno contributo com o manual *Negligência nos cuidados infantis – Como identificar... Como atuar...*. No entanto uma avaliação mais real sobre a sua importância na diminuição dos índices de negligência no concelho de Montemor-o-Velho apenas seria possível após um período de tempo maior do que a duração deste projeto, pois todos os programas de intervenção de sucesso na área da negligência têm como denominador comum o facto de possuírem uma longa duração.

Apontamos como limitações deste projeto o facto da amostra não incluir um maior leque de profissionais que contactam com a infância, nomeadamente psicólogos/as e assistentes sociais, e não termos tido oportunidade de analisar a contribuição do manual junto de todos os participantes do estudo e de um público mais alargado.

A realização de uma dada intervenção abre sempre novos horizontes para intervenções posteriores. Os resultados obtidos suscitam novas questões, novas dúvidas, para as quais se procuram novas respostas. De facto, há novas direções que surgem após a conclusão deste projeto, uma delas prende-se com uma futura avaliação da eficácia do manual, da qual poderia resultar a realização de melhoramentos no mesmo. Outra, com a aplicação do questionário utilizado a uma amostra mais alargada, por exemplo, a nível de toda a região centro ou até a nível nacional.

Em intervenções futuras, consideramos essencial intervir de uma forma integrada em três vertentes fundamentais: a criança, os pais/cuidadores e entidades com responsabilidade em matéria de infância, de que são exemplo, as instituições de educação e ensino, as instituições de saúde, segurança social, entre outras.

Existem programas nos EUA, nomeadamente o Strengthening Families Program (1980) e The Chronic Neglect St. Louis (1997), entre outros, que pelo seu sucesso têm sido replicados em diversos países, sendo interessante equacionar a sua replicação no nosso país. Os programas mencionados enfatizam a importância da necessidade de educar os pais, facto também referido pelas educadoras de infância na sessão. Através da criação de espaços de educação promove-se a formação dos cuidadores relativamente a formas de lidar com a criança nas diversas fases de desenvolvimento, incute-se a importância do diálogo na relação afetiva e reforçam-se os laços e vínculos afetivos entre os elementos da família. Assim, tendo como base a promoção da resiliência e respeitando a identidade e diversidade cultural das famílias, deve procurar-se intervir eficazmente na vida destas crianças e das suas famílias, sendo esta uma responsabilidade não de um único setor,

agência ou grupo profissional, mas sim, uma responsabilidade e preocupação da comunidade. As avaliações contínuas das intervenções ajudarão a perceber quais as estratégias mais eficazes.

Partilhando responsabilidades, os profissionais devem, de forma cooperante e proactiva, desempenhar um papel significativo como promotores da saúde, modelando e reforçando os comportamentos para que se possam desenvolver mudanças efetivas na população. Pela sua complexidade, o processo de prevenção e de promoção da saúde requer um exercício de muita paciência, perseverança e, sobretudo, a colaboração e integração dos profissionais de diferentes áreas e da comunidade.

7. Referências bibliográficas

- Abrahams, N.; Casey, K.; Daro, D. (1992). Teachers' knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse and Neglect*, 16, 229-238.
- Ajdukovic, M.; Petak, O.; Masic, S. (1993). Assessment of professionals' and nonprofessionals' attitudes toward child abuse in Croatia. *Child Abuse and Neglect*, 17, 549-556
- Almeida, A.; André, I.; Almeida, H. (1999). Sombras e Marcas: Os Maus Tratos às Crianças na Família. *Análise Social*, 34 (150), 91–121.
- Asmussen, K. (2010). *Key facts about child maltreatment*. Disponível em: http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/briefings/Key_facts_child_maltreatment_pdf_wdf76279.pdf Consultado em: 08. 12. 2011
- Assis, S.; Pesce, R.; Carvalhaes, R. (2006). Resiliência: A Ênfase nos Fatores Positivos In Lima, C. (coord.). (Eds.). *Violência faz Mal à Saúde*, 257 – 265. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bazon, M.; Mello, I.; Bérnago, L.; Faleiros, J. (2010). Negligência infantil: estudo comparativo do nível socioeconómico, estresse parental e apoio social. *Temas em Psicologia*, 18 (1), 71 – 84.
- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998). Metodologia da investigação – guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Center for the Study of Social Policy (2007). *Strengthening Families – A guidebook for early childhood programs* (2ª ed.). Washington.
- Child Welfare Information Gateway (2001). Acts of omission – An overview of child neglect. *Bulletins for Professionals*, 1–18. Disponível em: <http://www.childwelfare.gov/pubs/focus/acts/acts.pdf> Consultado em: 16. 11. 2011
- Comissão Nacional de Protecção a Crianças e Jovens em Risco (2011). *Avaliação das Actividades das Comissões de Protecção de Menores em 2010*. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção a Crianças e Jovens em Situação de Perigo.

- Crosson-Tower, C. (2003). *The role of educators in preventing and responding to child abuse and neglect*. U.S. Department of Health and Human Services.
- DePanfilis, D. (2006). *Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Setembro. *Diário da República n.º 236 – 2ª Série*. Ministério da Saúde, 49207.
- Dias, I. (2001). Violência Doméstica: As formas violência contra as crianças. Em *IV Encontro Anual dos Serviços de Psicologia e Orientação da Casa Pia de Lisboa*. Centro Cultural Casapiano: 19 e 20 de Abril de 2001, Casa Pia de Lisboa, 129 – 135.
- Erikson, M.; Igeland, B. (1996). Child Neglect. In: J. Briere et al. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. London: Sage.
- Ferreira, V. (2004). *Entrevistas focalizadas de grupo: Roteiro da sua utilização numa pesquisa sobre o trabalho nos escritórios*. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia: 12 a 15 de Maio de 2004, Universidade do Minho, 102 – 107.
- Formosinho, J.; Araújo, S. (2002). Entre o Risco Biológico e o Risco Social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, 28 (2), 87 – 103.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaudin, J. (1993). *Child neglect: a guide for intervention*. Washington: U. S. Department of Health and Human Services.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda, E. (2005). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. (V. Campos, trad.). Porto Alegre: Artmed, 23 – 38.
- Leeb, R.; Lewis, T.; Zolotor, A. (2011). A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5 (5), 454 – 468.
- Machado, A. (2010). *Resiliência e promoção de saúde: uma relação possível*, *Psicologia.pt* – Portal dos Psicólogos, 1–13. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0516.pdf>. Consultado em: 17. 11. 2011
- Magalhães, T. (2002). *Maus Tratos em Crianças e jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Martins, P. (1998). O conceito de maus-tratos a crianças. Um estudo das noções dos profissionais da infância. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Melo, M.; Maia, A. (2006). *Maus tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editora.

- Mendonça, V. (2008). *O mau trato infantil na formação de professores do 1º ciclo*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Administração e Planificação da Educação. Universidade Portucalense.
- Moreira, P. (2007). *Guia do Educador face aos maus tratos: para crianças dos 0 aos 14 anos*. Porto: Porto Editora.
- Nunes, P.; Raminhos, I. (2010). Maus-Tratos Infantis: A Realidade de um Hospital Distrital. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 413 – 418.
- Pascolat, G. (2004). Violência no lar contra a criança. *Educar em revista*, 15. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/view/2056>. Consultado em: 07. 11. 2011
- Penha, M. (1996). *Crianças em risco*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Perry, B.; Colwell, K.; Schick, S. (2002). Child Neglect. *Encyclopedia of Crime and Punishment*, 1, 192–196.
- Portwood, S. (1998). The Impact of Individuals' Characteristics and Experiences on Their Definitions of Child Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 22 (5), 437-452.
- Prazeres, V. (coord.) (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Reis, V. (2009). *Crianças e jovens em risco*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra.
- Rose, S.; Meezan, W. (1993). Defining child neglect: evolution, influences, and issues. *Social Service Review*. June, 279-293.
- Tomás, C.; Fonseca, D. (2004). Crianças em perigo: O Papel das Comissões de Protecção de Menores em Portugal. *Revista de Ciências Sociais*, 47 (2), 383–408.
- Swenson, C., Chaffin, M. (2006). Beyond psychotherapy: Treating abused children by changing their social ecology. *Aggression and Violent Behaviour*, 11, 120-137.

Anexos

Anexo 1

Questionário de auscultação de opiniões, conceções e sensibilidades
a diferentes grupos profissionais, face à problemática dos maus
tratos a crianças

Questionário de auscultação de opiniões, conceções e sensibilidades a diferentes grupos profissionais, face à problemática dos maus tratos a crianças

(adaptado, Martins, 1999)¹

Este questionário é dirigido a diferentes grupos de profissionais. Integra-se num estudo que tem por objetivo auscultar as suas opiniões, conceções e sensibilidades face à problemática da negligência a crianças.

As suas respostas são muito importantes. Por isso, pede-se-lhe que reflita sobre cada questão, escolhendo as opções que mais se adequem ao que, de facto, pensa sobre o assunto proposto.

As suas respostas são confidenciais e anónimas. Apenas são solicitados os dados de identificação pertinentes para o tratamento da informação recolhida.

Idade

- Entre os 20 e os 30 anos -----
- Entre os 31 e os 40 anos -----
- Entre os 41 e os 50 anos -----
- Mais de 50 anos -----

Estado civil

- solteiro/a -----
- casado/a -----
- divorciado/a -----
- viúvo/a -----

Sexo

- Masculino -----
- Feminino -----

Filhos

- Não -----
- Sim -----

Habilitações literárias

- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato em _____
- Licenciatura em _____
- Mestrado -----
- Outros cursos de pós-graduação-----

Experiência Profissional

- Menos de 5 anos -----
- Entre os 5 e os 10 anos -----
- Entre os 11 e os 20 anos -----
- Entre os 21 e os 30 anos -----
- Mais de 30 anos -----

Funções profissionais atualmente desempenhadas: _____

¹ Paula Martins, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho)

Instruções:

Segue-se um conjunto de afirmações referentes a situações que envolvem diretamente crianças e que são susceptíveis de se repercutir no seu bem-estar e afetar o seu desenvolvimento.

Pretende-se que qualifique cada uma quanto ao seu carácter maltratante, assinalando com uma cruz na coluna que corresponde à sua opção, entre três possíveis:

- Não é uma situação de negligência.
- É uma situação de negligência.
- Poderá ser ou não uma situação de negligência, dependendo da consideração de vários fatores.

Sempre e só quando a sua escolha for esta última (*Poderá ser ou não uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores*), deverá assinalar, com uma cruz (X), os fatores apresentados na respectiva coluna. São eles:

- A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude.
- As condições socioeconómicas dos pais.
- A frequência, duração ou severidade da situação.
- As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais.

A título de exemplo, considere uma resposta possível a um item:

Situações	<u>Não é uma situação de negligência</u>	<u>É uma situação de negligência</u>	<u>Poderá ser ou não uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores</u>
X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> As <u>condições socioeconómicas</u> dos pais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <u>frequência</u> , <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/>

Note que não é obrigatória assinalar da totalidade dos fatores para cada item. Se julgar que um ou mais fatores não são pertinentes para a caracterização de uma situação descrita, assinale apenas o(s) que achar importante(s), deixando em branco o(s) espaço(s) correspondente(s) ao(s) fator(es) não considerado(s).

Em qualquer caso, pede-se-lhe que, para cada situação que a seguir se apresenta, registre sempre a opção que mais se adegue à sua opinião refletida sobre o assunto proposto.

Situações	<u>Não é uma situação de negligência</u>	<u>É uma situação de negligência</u>	<u>Poderá ser ou não uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores</u>
Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/> As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/> A <u>frequência</u> , <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/> As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado <input type="checkbox"/>
Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/> As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/> A <u>frequência</u> , <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/> As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/>
Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/> As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/> A <u>frequência</u> , <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/> As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/>

<p>Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade, uma capacidade física ou mental superiores às suas possibilidades atuais.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <p>A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/></p> <p>A <u>frequência</u>, <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/></p>
<p>Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <p>A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/></p> <p>A <u>frequência</u>, <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/></p>
<p>Os pais de uma criança consentem que coma pouco, que ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <p>A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/></p> <p>A <u>frequência</u>, <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/></p>

<p>Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/></p> <p>A <u>frequência</u>, <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/></p>
<p>Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiênico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A <u>consciência</u> que os pais têm das eventuais <u>consequências</u> do seu comportamento/atitude <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>condições socioeconômicas</u> dos pais <input type="checkbox"/></p> <p>A <u>frequência</u>, <u>duração</u> ou <u>severidade</u> da situação <input type="checkbox"/></p> <p>As <u>consequências</u> sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais <input type="checkbox"/></p>

Ao longo da sua atividade profissional já observou casos de negligência a crianças?

Sim Não

Que indicadores lhe permitiram/permitem verificar que se encontra perante um caso de negligência a crianças?

Anexo 2

Autorização ao Presidente da Associação Fernão Mendes Pinto

Coimbra, 16 de dezembro de 2011

Exmo. Senhor

Presidente da Associação Fernão Mendes Pinto

Eu, Helena Isabel Fresco Barreto Rajado, Educadora de Infância, a exercer funções no Jardim de Infância de Gatões da instituição representada por V.^ª Ex.^ª e encontrando-me a realizar o Mestrado em Educação para a Saúde nas Escolas Superiores de Educação e Tecnologia da Saúde em Coimbra, sob a orientação da Doutora Ana Paula Amaral, com um Projeto na área da Negligência: da informação à ação, venho por este meio solicitar autorização a V.^ª Ex.^ª para poder passar o questionário, em anexo, a educadoras de infância e auxiliares de educação das valências de infância, de modo a poder concretizar o projeto de intervenção a que me propus.

Aguardando a sua resposta com a melhor compreensão, subscrevo-me atentamente,

Com os melhores cumprimentos,

(Helena Isabel Fresco Barreto Rajado)



FERNÃO
MENDES
PINTO

Associação

Exma Sr^a

Helena Isabel F B Rajado

Ofício n° 574/DAS

Data: 03/07/12

Assunto: Questionário.

Em atenção à V/solicitação, informamos que autorizamos que seja passado o questionário às nossas equipas educativas, no âmbito do projecto de mestrado em Educação pela Saúde – ESEC.

Sem outro assunto de momento,

Com os melhores cumprimentos

O Presidente da Direcção

(José Manuel Duarte Guerra)

TS/NF

Anexo 3

Autorização à Diretora Clínica do Agrupamento de Centros de
Saúde do Baixo Mondego 2

Coimbra, 16 de dezembro de 2011

Exmo. Senhor

Diretora Clínica do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego 2

Eu, Helena Isabel Fresco Barreto Rajado, Educadora de Infância, a exercer funções num jardim de infância do concelho de Montemor-o-Velho, e encontrando-me a realizar o Mestrado em Educação para a Saúde nas Escolas Superiores de Educação e Tecnologia da Saúde em Coimbra, sob a orientação da Doutora Ana Paula Amaral, com um Projeto na área da Negligência: da informação à ação, venho por este meio solicitar autorização a V.^a Ex.^a para poder passar o questionário, em anexo, a médicos/as e enfermeiros/as do Centro de Saúde de Montemor-o-Velho, de modo a poder concretizar o projeto de intervenção a que me propus.

Aguardando a sua resposta com a melhor compreensão, subscrevo-me atentamente,

Com os melhores cumprimentos,

(Helena Isabel Fresco Barreto Rajado)



Ex.ma Senhora
Helena Isabel Fresco Barreto Rajado
Escola Superior de Educação de Coimbra
Rua D. João III - Solum
3030-329 Coimbra

Sua referência

Data
12/01/2012

Nossa referência
281


Data
28/02/2012

ASSUNTO: **Pedido de Autorização para aplicação de questionário aos profissionais Médicos e de Enfermagem**

Na sequência do pedido efectuado por V. Ex.^a, relativo ao assunto em título, somos a informar que nada temos opor, devendo no entanto, ser feito contacto prévio com os Coordenadores das Unidades Funcionais visadas, a fim de serem agendadas datas e horas, de forma a não coincidir com o horário laboral, e que posteriormente nos seja dado a conhecer os resultados do estudo efectuado.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Executivo do ACES BM2


Rui Resendes do Couto (Dr.)

RC/PA

Anexo 4

Guião da sessão com profissionais

Guião da sessão com profissionais

1. Voltando às situações do questionário a que responderam, o que vos parece essencial para detetar situações de negligência?

2. De que forma os fatores mencionados no questionário:
 - A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude
 - As condições socioeconómicas dos pais
 - A frequência, duração ou severidade da situação
 - As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos paispodem estar relacionados com a negligência?

3. De que forma o manual pode contribuir para a deteção de situações de negligência?

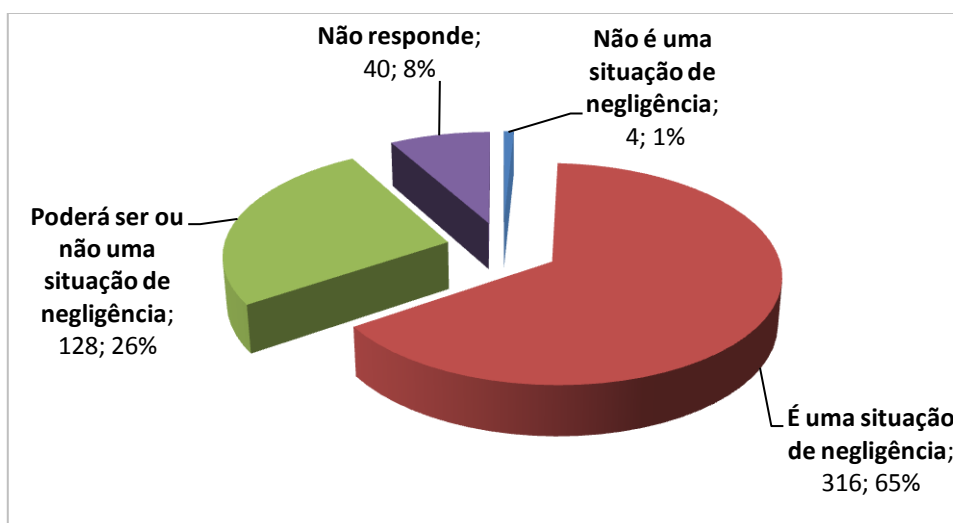
4. O que podem fazer enquanto profissionais para contribuir para a diminuição da negligência?

5. De que forma podem trabalhar com as famílias?

Anexo 5

Gráficos e tabelas resultantes da análise dos questionários

Gráfico 1 – Frequência de respostas nas três categorias consideradas “Não é uma situação de negligência”, “É uma situação de negligência” e “Poderá ou não ser uma situação de negligência”.



Quadro 3 – Frequência de respostas às 8 situações de negligência apresentadas.

Situação	Não é uma situação de negligência	É uma situação de negligência	Poderá ser ou não uma situação de negligência	Não responde
S1. Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico.	1 (1,6%)	36 (59%)	19 (31,1%)	5 (8,2%)
S2. Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.	0	42 (68,9%)	15 (24,6%)	4 (6,6%)
S3. Os pais de uma criança não criam condições para que esta cumpra a escolaridade obrigatória.	0	44 (72,1%)	13 (21,3%)	4 (6,6%)
S4. Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade, uma capacidade física ou mental superiores às suas possibilidades atuais.	0	49 (80,3%)	8 (13,1%)	4 (6,6%)
S5. Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a.	0	44 (72,1%)	12 (19,7%)	5 (8,2%)
S6. Os pais de uma criança consentem que coma pouco, que ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade	1 (1,6%)	34 (55,7%)	20 (32,8%)	6 (9,8%)

e condição física.				
S7. Uma mãe parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo/a filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender.	2 (3,3%)	32 (52,5%)	21 (34,4%)	6 (9,8%)
S8. Os pais de uma criança permitem que esta ande com um aspeto pouco cuidado ou higiénico, vestindo-se de forma insuficiente ou excessiva, tendo em conta os aspetos climatéricos.	0	35 (57,4%)	20 (32,8%)	6 (9,8%)

Quadro 4 – Frequência de respostas condicionadas (“Poderá ser ou não uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores”) às 8 situações de negligência apresentadas.

	Frequência “Poderá ou não ser”	Consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento ou atitude	Condições socioeconómicas dos pais	Frequência, duração e severidade da situação	Consequências sofridas pela criança	Não identifica fatores
S1	19	7 (37%)	7 (37%)	7 (37%)	6 (32%)	1 (5%)
S2	15	4 (26,7%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	0
S3	13	3 (23,1%)	8 (61,5%)	0	2 (15,4%)	0
S4	8	1 (12,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	0
S5	12	1 (8,6%)	6 (50%)	3 (25%)	6 (50%)	0
S6	20	10 (50%)	7 (35%)	5 (8,2%)	5 (8,2%)	0
S7	21	12 (57,1%)	1 (4,8%)	9 (42,9%)	9 (42,9%)	0
S8	20	4 (20%)	12 (60%)	8 (40%)	4 (20%)	0

Gráfico 2 – Fatores assinalados nas respostas condicionadas.

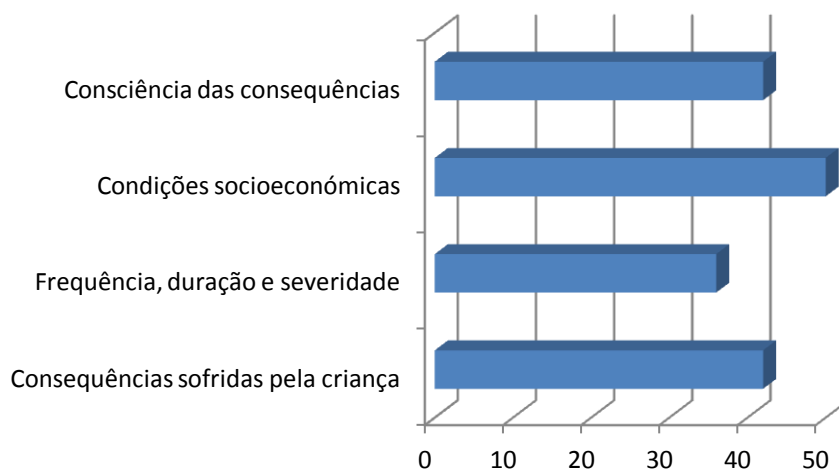
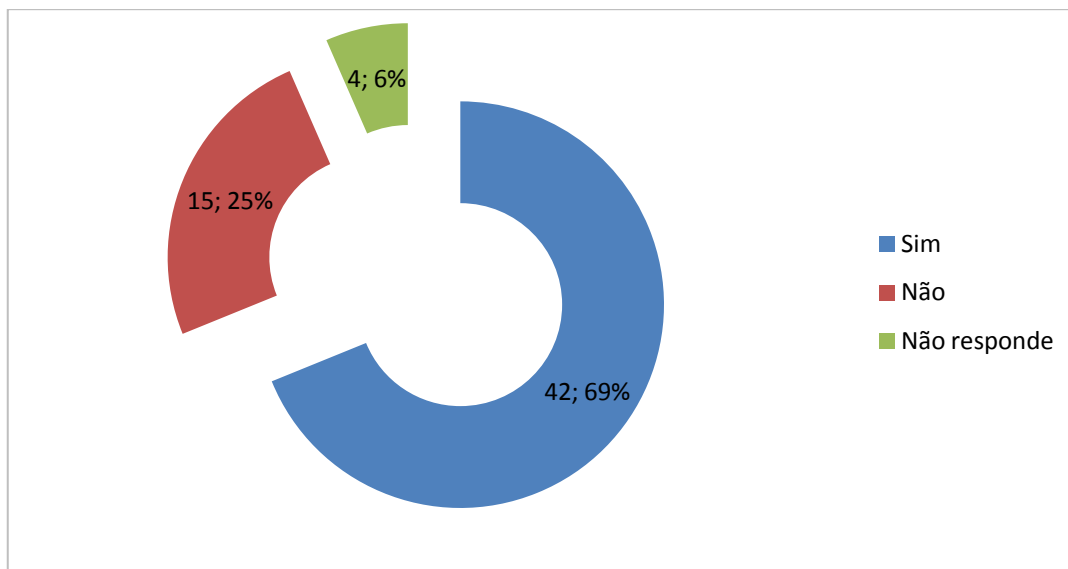


Gráfico 3 – Frequência de respostas à questão “Ao longo da sua atividade profissional já observou casos de negligência a crianças?”



Quadro 5 – Frequência de referências aos indicadores agrupados por categorias.

Categorias de resposta (indicadores)	Frequência	%
Falta de higiene (corporal, vestuário, habitação)	19	20,7%
Perturbações comportamentais e emocionais da criança (relação com o grupo, tristeza/depressão)	14	15,2%
Pais indiferentes às interações dos filhos (participação e envolvimento no percurso pré-escolar, criança demasiado tempo na instituição, pouco envolvimento das famílias nas consultas e na escola)	12	13,0%
Falta de cuidados médicos (não comparecem nas consultas, não cumprem plano de vacinação)	11	12,0%
Maus tratos físicos (lesões, marcas)	8	8,7%
Estado nutricional desadequado (mal alimentada)	7	7,6%
Desenvolvimento físico e intelectual da criança	7	7,6%
Desempenho escolar adequado	4	4,3%
Criança sozinha, sem supervisão de adulto, durante grandes períodos de tempo (falta de segurança)	3	3,3%
Repetição de indicadores (situações não pontuais)	2	2,2%
Acidentes domésticos repetidos	1	1,1%
Criança não matriculada no ensino obrigatório	1	1,1%
Prostituição / abusos sexuais	1	1,1%
Ingestão de bebidas alcoólicas / drogas	1	1,1%
Informações de vizinhos, familiares, colegas	1	1,1%

Quadro 6 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função da idade.

		20-30	31-40	41-50	>50
S1 $\chi^2=11,537$ (a) p= 0,37	<i>Não é</i>	0%	0%	1,8%	0%
	<i>É</i>	14,3%	17,9%	12,5%	19,6%
	<i>Poderá ser</i>	10,3%	17,9%	3,6%	1,8%
S2 $\chi^2= 1,769$ (b) p= 0,644	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	19,3%	26,3%	10,5%	17,5%
	<i>Poderá ser</i>	5,3%	10,5%	7%	3,5%
S3 $\chi^2=7,205$ (c) p= 0,65	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	21,1%	22,8%	12,3%	21,1%
	<i>Poderá ser</i>	3,5%	14%	5,3%	0%
S4 $\chi^2=0,896$ (d) p=0,879	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	21,1%	29,8%	15,8%	19,3%
	<i>Poderá ser</i>	3,5%	7%	1,8%	1,8%
S5 $\chi^2= 4,582$ (e) p= 0,208	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	17,9%	25%	14,3%	21,4%
	<i>Poderá ser</i>	7,1%	10,7%	3,6%	0%
S6 $\chi^2=2,96$ (f) p=0,935	<i>Não é</i>	0%	1,8%	0%	0%
	<i>É</i>	14,5%	20%	10,9%	16,4%
	<i>Poderá ser</i>	10,9%	12,7%	7,3%	5,5%
S7 $\chi^2= 6,466$ (g) p= 0,376	<i>Não é</i>	0%	3,6%	0%	0%
	<i>É</i>	12,7%	16,4%	12,7%	16,4%
	<i>Poderá ser</i>	12,7%	14,5%	5,5%	5,5%
S8 $\chi^2= 6,677$ (h) p= 0,091	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	14,5%	16,4%	12,7%	20%
	<i>Poderá ser</i>	10,9%	18,2%	5,5%	1,8%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-sided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| (a) 58,3% | (c) 50% | (e) 50% | (g) 50% |
| (b) 37,5% | (d) 50% | (f) 50% | (h) 25% |

Quadro 7 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função do sexo.

		Masculino	Feminino
S1 $\chi^2=0,206$ (a) p= 1	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	8,9%	55,4%
	<i>Poderá ser</i>	5,4%	28,6%
S2 $\chi^2= 2,692$ (b) p= 0,188	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	7%	66,7%
	<i>Poderá ser</i>	7%	19,3%
S3 $\chi^2=0,025$ (c) p= 1	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	10,5%	66,7%
	<i>Poderá ser</i>	3,5%	19,3%
S4 $\chi^2=4,247$ (d) p= 0,074	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	8,8%	77,2%
	<i>Poderá ser</i>	5,3%	8,8%
S5 $\chi^2= 0,071$ (e) p= 1	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	10,7%	67,9%
	<i>Poderá ser</i>	3,6%	17,9%
S6 $\chi^2=0,174$ (f) p= 1	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	9,1%	52,7%
	<i>Poderá ser</i>	5,5%	30,9%
S7 $\chi^2= 4,095$ (g) p= 0,11	<i>Não é</i>	1,8%	1,8%
	<i>É</i>	10,9%	47,3%
	<i>Poderá ser</i>	1,8%	36,4%
S8 $\chi^2= 0,752$ (h) p= 0,443	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	7,3%	56,4%
	<i>Poderá ser</i>	7,3%	29,1%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|---------|---------|-----------|-----------|
| (a) 50% | (c) 25% | (e) 25% | (g) 66,7% |
| (b) 25% | (d) 25% | (f) 66,7% | (h) 25% |

Quadro 8 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função do estado civil (4 grupos).

		Solteiro/a	Casado/a	Divorciado/a	Viúvo/a
S1 $\chi^2=4,839$ (a) p= 0,423	<i>Não é</i>	0%	1,8%	0%	0%
	<i>É</i>	17,9%	39,3%	5,4%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	16,1%	12,5%	5,4%	0%
S2 $\chi^2= 1,004$ (b) p= 0,761	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	22,8%	42,1%	7%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	10,5%	12,3%	3,5%	0%
S3 $\chi^2=0,707$ (c) p= 0,845	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	26,3%	42,1%	7%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	7%	12,3%	3,5%	0%
S4 $\chi^2=1,461$ (d) p= 0,678	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	26,3%	49,1%	8,8%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	7%	5,3%	1,8%	0%
S5 $\chi^2= 1,920$ (e) p= 0,615	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	23,2%	44,6%	8,9%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	10,7%	8,9%	1,8%	0%
S6 $\chi^2=10,546$ (f) p=0,099	<i>Não é</i>	0%	0%	1,8%	0%
	<i>É</i>	20%	36,4%	3,6%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	14,5%	16,4%	5,5%	0%
S7 $\chi^2= 9,388$ (g) p= 0,109	<i>Não é</i>	1,8%	1,8%	0%	0%
	<i>É</i>	14,5%	40%	1,8%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	18,2%	12,7%	7,3%	0%
S8 $\chi^2= 6,175$ (h) p= 0,083	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	14,5%	40%	7,3%	1,8%
	<i>Poderá ser</i>	20%	14,5%	1,8%	0%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-sided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| (a) 66,7% | (c) 62,5% | (e) 62,5% | (g) 66,7% |
| (b) 50% | (d) 62,5% | (f) 66,7% | (h) 50% |

Quadro 9 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função do estado civil (2 grupos).

		Casado/a	Outros/as
S1 $\chi^2=3,827$ (a) p= 0,092	<i>Não é</i>	1,8%	0%
	<i>É</i>	39,3%	25%
	<i>Poderá ser</i>	12,5%	21,4%
S2 $\chi^2= 0,489$ p= 0,484	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	42,1%	31,6%
	<i>Poderá ser</i>	12,3%	14%
S3 $\chi^2=0,02$ p= 0,965	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	42,1%	35,1%
	<i>Poderá ser</i>	12,3%	10,5%
S4 $\chi^2=1,070$ (b) p= 0,448	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	49,1%	36,8%
	<i>Poderá ser</i>	5,3%	8,8%
S5 $\chi^2= 0,870$ p= 0,351	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	44,6%	33,9%
	<i>Poderá ser</i>	8,9%	12,5%
S6 $\chi^2= 2,101$ (c) p= 0,332	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	36,4%	25,5%
	<i>Poderá ser</i>	16,4%	20%
S7 $\chi^2= 6,432$ (d) p= 0,033	<i>Não é</i>	1,8%	1,8%
	<i>É</i>	40%	18,2%
	<i>Poderá ser</i>	12,7%	25,5%
S8 $\chi^2= 2,682$ p= 0,101	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	40%	23,6%
	<i>Poderá ser</i>	14,5%	21,8%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- (a) 33,3% (c) 33,3%
 (b) 50% (d) 33,3%

Quadro 10 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função do estatuto parental.

		Com filhos/as	Sem filhos/as
S1 $\chi^2=2,601(a)$ $p=0,302$	<i>Não é</i>	1,8%	0%
	<i>É</i>	42,9%	21,4%
	<i>Poderá ser</i>	16,1%	17,9%
S2 $\chi^2=0,559$ $p=0,454$	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	47,4%	26,3%
	<i>Poderá ser</i>	14%	12,3%
S3 $\chi^2=0,406$ $p=0,524$	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	49,1%	28,1%
	<i>Poderá ser</i>	12,3%	10,5%
S4 $\chi^2=2,244 (b)$ $p=0,239$	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	56,1%	29,8%
	<i>Poderá ser</i>	5,3%	8,8%
S5 $\chi^2=2,323 (c)$ $p=0,184$	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	51,8%	26,8%
	<i>Poderá ser</i>	8,9%	12,5%
S6 $\chi^2=3,370 (d)$ $p=0,154$	<i>Não é</i>	1,8%	0%
	<i>É</i>	41,8%	20%
	<i>Poderá ser</i>	16,4%	20%
S7 $\chi^2=1,013 (e)$ $p=0,705$	<i>Não é</i>	1,8%	1,8%
	<i>É</i>	38,2%	20%
	<i>Poderá ser</i>	20%	18,2%
S8 $\chi^2=6,942$ $p=0,008$	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	45,5%	18,2%
	<i>Poderá ser</i>	12,7%	23,6%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- (a) 33,3% (c) 25% a) 33,3%
 (b) 50% (d) 33,3%

Quadro 11 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função das habilitações literárias.

		=> Licenciatura	< Licenciatura
S1 $\chi^2=2,104$ (a) p= 0,375	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	37,5%	23,2%
	<i>Poderá ser</i>	26,8%	10,7%
S2 $\chi^2= 0,238$ p= 0,626	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	43,9%	29,8%
	<i>Poderá ser</i>	17,5%	8,8%
S3 $\chi^2=0,406$ p= 0,524	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	49,1%	28,1%
	<i>Poderá ser</i>	12,3%	10,5%
S4 $\chi^2=2,674$ (b) p= 0,134	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	49,1%	36,8%
	<i>Poderá ser</i>	12,3%	1,8%
S5 $\chi^2= 0,227$ (c) p= 0,746	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	46,4%	32,1%
	<i>Poderá ser</i>	14,3%	7,1%
S6 $\chi^2= 3,599$ (d) p= 0,142	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	34,5%	27,3%
	<i>Poderá ser</i>	27,3%	9,1%
S7 $\chi^2= 7,520$ (e) p= 0,016	<i>Não é</i>	3,6%	0%
	<i>É</i>	27,3%	30,9%
	<i>Poderá ser</i>	30,9%	7,3%
S8 $\chi^2= 4,402$ p= 0,036	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	32,7%	30,9%
	<i>Poderá ser</i>	29,1%	7,3%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- (a) 33,3% (c) 25% e) 33,3%
 (b) 50% (d) 33,3%

Quadro 12 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função da profissão (4 grupos).

		Assistentes Operacionais	Educadoras de Infância	Enfermeiros/as	Médicos/as
S1 $\chi^2=4,762$ (a) p= 0,663	<i>Não é</i>	1,8%	0%	0%	0%
	<i>É</i>	23,6%	9,1%	12,7%	20%
	<i>Poderá ser</i>	7,3%	9,1%	9,1%	7,3%
S2 $\chi^2= 0,540$ (b) p= 0,952	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	25%	14,3%	16,1%	17,9%
	<i>Poderá ser</i>	7,1%	5,4%	5,4%	8,9%
S3 $\chi^2=4,694$ (c) p= 0,203	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	21,4%	12,5%	17,9%	25%
	<i>Poderá ser</i>	10,7%	7,1%	3,6%	1,8%
S4 $\chi^2=1,712$ (d) p= 0,690	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	30,4%	16,1%	17,9%	21,4%
	<i>Poderá ser</i>	1,8%	3,6%	3,6%	5,4%
S5 $\chi^2= 1,354$ (e) p= 0,768	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	27,3%	12,7%	16,4%	23,6%
	<i>Poderá ser</i>	5,5%	5,5%	5,5%	3,6%
S6 $\chi^2= 5,515$ (f) p=0,522	<i>Não é</i>	1,9%	0%	0%	0%
	<i>É</i>	22,2%	9,3%	11,1%	20,4%
	<i>Poderá ser</i>	7,4%	9,3%	11,1%	7,4%
S7 $\chi^2= 8,212$ (g) p= 0,217	<i>Não é</i>	0%	0%	1,9%	1,9%
	<i>É</i>	25,9%	7,4%	11,1%	13%
	<i>Poderá ser</i>	5,6%	11,1%	9,3%	13%
S8 $\chi^2= 7,624$ (h) p= 0,054	<i>Não é</i>	---	---	---	---
	<i>É</i>	27,8%	7,4%	13%	14,8%
	<i>Poderá ser</i>	3,7%	11,1%	9,3%	13%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| (a) 58,3% | (c) 50% | (e) 50% | (g) 50% |
| (b) 50% | (d) 50% | (f) 50% | (h) 25% |

Quadro 13 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função da profissão (2 grupos).

		Profissionais de Saúde	Profissionais de Educação
S1 $\chi^2=1,053$ (a) p= 1	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	32,1%	32,1%
	<i>Poderá ser</i>	17,9%	16,1%
S2 $\chi^2= 0,144$ p= 0,704	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	35,1%	38,6%
	<i>Poderá ser</i>	14%	12,3%
S3 $\chi^2=4,571$ p= 0,033	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	43,9%	33,3%
	<i>Poderá ser</i>	5,3%	17,5%
S4 $\chi^2=0,666$ (b) p= 0,470	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	40,4%	45,6%
	<i>Poderá ser</i>	8,8%	5,3%
S5 $\chi^2= 0,000$ p= 1	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	39,3%	39,3%
	<i>Poderá ser</i>	10,7%	10,7%
S6 $\chi^2= 1,182$ (c) p= 0,781	<i>Não é</i>	0%	1,8%
	<i>É</i>	30,9%	30,9%
	<i>Poderá ser</i>	20%	16,4%
S7 $\chi^2= 2,911$ (d) p= 0,245	<i>Não é</i>	3,6%	0%
	<i>É</i>	25,5%	32,7%
	<i>Poderá ser</i>	21,8%	16,4%
S8 $\chi^2= 1,039$ p= 0,308	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	29,1%	34,5%
	<i>Poderá ser</i>	21,8%	14,5%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-sided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | |
|-----------|-----------|
| (a) 33,3% | (c) 33,3% |
| (b) 50% | (d) 33,3% |

Quadro 14 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função da experiência profissional.

		< 5	5-10	11-20	21-30	> 30
S1 $\chi^2=11,523$ (a) p= 0,173	<i>Não é</i>	0%	0%	1,8%	0%	0%
	<i>É</i>	12,7%	7,3%	16,4%	20%	7,3%
	<i>Poderá ser</i>	12,7%	7,3%	12,7%	0%	1,8%
S2 $\chi^2= 7,721$ (b) p= 0,100	<i>Não é</i>	---	---	---	---	---
	<i>É</i>	19,6%	5,4%	25%	17,9%	7,1%
	<i>Poderá ser</i>	5,4%	8,9%	7,1%	1,8%	1,8%
S3 $\chi^2= 11,164$ (c) p= 0,022	<i>Não é</i>	---	---	---	---	---
	<i>É</i>	21,4%	7,1%	19,6%	19,6%	8,9%
	<i>Poderá ser</i>	3,6%	7,1%	12,5%	0%	0%
S4 $\chi^2=1,274$ (d) p= 0,897	<i>Não é</i>	---	---	---	---	---
	<i>É</i>	21,4%	10,7%	28,6%	17,9%	7,1%
	<i>Poderá ser</i>	3,6%	3,6%	3,6%	1,8%	1,8%
S5 $\chi^2= 7,232$ (e) p= 0,120	<i>Não é</i>	---	---	---	---	---
	<i>É</i>	16,4%	9,1%	23,6%	20%	9,1%
	<i>Poderá ser</i>	9,1%	5,5%	7,3%	0%	0%
S6 $\chi^2= 3,756$ (f) p= 0,945	<i>Não é</i>	0%	0%	1,9%	0%	0%
	<i>É</i>	18,5%	7,4%	16,7%	13%	5,6%
	<i>Poderá ser</i>	7,4%	7,4%	13%	5,6%	3,7%
S7 $\chi^2= 5,281$ (g) p= 0,776	<i>Não é</i>	1,9%	0%	1,9%	0%	0%
	<i>É</i>	11,1%	7,4%	16,7%	16,7%	5,6%
	<i>Poderá ser</i>	13%	7,4%	11,1%	3,7%	3,7%
S8 $\chi^2= 9,455$ (h) p= 0,054	<i>Não é</i>	---	---	---	---	---
	<i>É</i>	14,8%	3,7%	18,5%	18,5%	7,4%
	<i>Poderá ser</i>	11,1%	11,1%	11,1%	1,9%	1,9%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|-----------|---------|-----------|-----------|
| (a) 66,7% | (c) 60% | (e) 60% | (g) 66,7% |
| (b) 60% | (d) 60% | (f) 66,7% | (h) 40% |

Quadro 15 – Comparação entre grupos na classificação de situações em função do contacto/observação anterior de casos de negligência.

		Já teve	Não teve
S1 $\chi^2=4,970$ (a) p= 0,079	<i>Não é</i>	1,9%	0%
	<i>É</i>	53,7%	11,1%
	<i>Poderá ser</i>	18,5%	14,8%
S2 $\chi^2= 5,963$ (b) p= 0,029	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	61,8%	12,7%
	<i>Poderá ser</i>	12,7%	12,7%
S3 $\chi^2=4,873$ (c) p= 0,055	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	63,6%	14,5%
	<i>Poderá ser</i>	10,9%	10,9%
S4 $\chi^2=1,280$ (d) p= 0,354	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	67,3%	20%
	<i>Poderá ser</i>	7,3%	5,5%
S5 $\chi^2= 10,229$ (e) p= 0,004	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	66,7%	13%
	<i>Poderá ser</i>	7,4%	13%
S6 $\chi^2= 0,406$ p= 0,524	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	49,1%	15,1%
	<i>Poderá ser</i>	24,5%	11,3%
S7 $\chi^2= 0,627$ (f) p= 1	<i>Não é</i>	1,9%	1,9%
	<i>É</i>	44,4%	14,8%
	<i>Poderá ser</i>	27,8%	9,3%
S8 $\chi^2= 3,996$ (g) p= 0,058	<i>Não é</i>	---	---
	<i>É</i>	53,7%	11,1%
	<i>Poderá ser</i>	20,4%	14,8%

Considerando que o teste do χ^2 pressupõe que não mais do que 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5, para aferir da significância do teste optou-se por atender aos valores corrigidos pelo Método de Monte Carlo, considerando o valor de p Monte Carlo (2-slided). Na aplicação do teste a cada situação identificaram-se as seguintes % de células com frequência esperada inferior a 5:

- | | | | |
|---------|---------|-----------|---------|
| (a) 50% | (c) 25% | (e) 25% | (g) 25% |
| (b) 25% | (d) 25% | (f) 33,3% | |

