

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS À  
CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Dissertação académica orientada pela Professora  
Doutora Henriqueta Ilda Verganista Martins  
Fernandes e coorientada pela Professora Doutora  
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira

**Fernanda Craveiro de Carvalho dos Santos**

**Porto, 2014**



À minha mãe pela paciência e apoio constantes,  
Ao meu filho pelos momentos ausentes.  
Com muito carinho!



## AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele nada poderia ter sido concretizado.

À Professora Doutora Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes, pela honra em orientar esta dissertação e sobretudo pela sabedoria, confiança e ensino durante toda esta trajetória.

À Professora Doutora Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, pela disponibilidade, revisão crítica e coorientação deste trabalho.

À Professora Doutora Helena Borges Catarino, pela disponibilização do questionário “Abuso infantil: Práticas e Comportamento dos Enfermeiros”.

À Direção Executiva do ACES Grande Porto VII-Gaia por ter autorizado a realização deste estudo.

Aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, tornando possível a sua realização.

Aos meus pais, melhores do mundo, pela motivação e suporte emocional.

Ao meu filho e ao meu marido por compreenderem a minha ausência durante este período.

**A todos o meu MUITO OBRIGADA!**



## SIGLAS

**ACES-** Agrupamento dos Centro de Saúde  
**CDC-** Convenção dos Direitos da Criança  
**CDP-** Centro de Diagnóstico Pneumológico  
**CNPCJR-** Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco  
**CPCJ-** Comissão de Proteção de Crianças e Jovens  
**CPM-** Comissão de Proteção de Menores  
**CSP-** Cuidados de Saúde Primários  
**DGS-** Direção Geral da Saúde  
**DP -** Desvio Padrão  
**DSCMtI-** Detecção e Sinalização na Criança Vítima de Mau Trato Infantil  
**EPCEMTI-** Escala de Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros nos Maus Tratos Infantis  
**EPS-** Educação para a Saúde  
**FIOCRUZ-** Fundação Oswaldo Cruz  
**IAC-** Instituto de Apoio a Criança  
**IPCFR-** Intervenção Precoce nas Crianças e Famílias de Risco  
**ISPCAN-** Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças  
**M-** Média  
**MJ-** Ministério da Justiça  
**NACJR-** Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
**OE-** Ordem dos Enfermeiros  
**OMS-** Organização Mundial da Saúde  
**ONU-** Organização das Nações Unidas  
**PBESI-** Promoção do Bem-Estar e Segurança Infantil  
**PT-** Prevenção Terciária  
**REPE-** Regulamento para a Prática de Enfermagem  
**SBP-** Sociedade Brasileira de Pediatria

**SPSS-** Statistical Package for Social Sciences

**UCSP-** Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UNICEF-** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**USF-** Unidade de Saúde Familiar

**USP-** Unidade de Saúde Pública

**VD-** Visita Domiciliária

**WHO-** Organização das Nações Unidas

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1 - Criança e Adolescente: do desenvolvimento ao contexto familiar.....	15
1.2 - Abuso de Criança e Adolescente: da história à atualidade.....	23
1.2.1 - <i>Conceito e Tipologias</i> .....	30
1.2.2 - <i>Epidemiologia dos Abusos</i> .....	34
1.2.3 - <i>Fatores de Risco</i> .....	37
1.3 - Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros...	41
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	51
2.1 - Justificação e Finalidade do Estudo.....	51
2.2 - Questão de Investigação.....	52
2.3 - Objetivos.....	53
2.4 - Tipo de Estudo.....	53
2.5 - População.....	54
2.6 - Instrumento e Procedimento de Recolha dos Dados.....	55
2.7 - Tratamento dos Dados.....	59
2.8 - Aspetos Éticos Legais.....	60
3- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63

3.1 - Características Socio Demográficas e Profissionais.....	63
3.2 - Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros.	67
3.3 - Necessidades de Formação dos Enfermeiros...	85
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	92
ANEXOS.....	109
ANEXO I - Pedido de Autorização para Utilização do Questionário	
ANEXO II - Autorização do ACES	
ANEXO III - Instrumento de Recolha de Dados	
ANEXO IV - Consentimento Informado	
ANEXO V - Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra	

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Idade dos enfermeiros	63
GRÁFICO 2 - Estado civil	64
GRÁFICO 3 - Habilitações académicas	65
GRÁFICO 4 - Formação profissional	65
GRÁFICO 5 - Categoria profissional	66
GRÁFICO 6 - Local de exercício profissional	66
GRÁFICO 7 - Contato com crianças e adolescentes vítima de abuso	75
GRÁFICO 8 - Documento utilizado na denúncia	78
GRÁFICO 9 - Existência de documento identificador para famílias de risco	79
GRÁFICO 10 - Existência de manual de procedimento para situações de abuso infantil	80
GRÁFICO 11 - Visita domiciliária às famílias de risco	81
GRÁFICO 12 - EPS no âmbito do abuso infantil	83
GRÁFICO 13 - Formação específica na área do abuso infantil	86
GRÁFICO 14 - Auto perceção dos conhecimentos sobre abuso infantil	87
GRÁFICO 15 - Interesse em formação sobre a temática	88

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Evolução do Fluxo Processual nas CPCJ	36
QUADRO 2 - Distribuição das crianças/adolescentes acompanhadas nas CPCJ em função do sexo e escalão etário.	37
QUADRO 3 - Tempo de exercício profissional	67
QUADRO 4 - Estatística descritiva da EPCEMtl	67
QUADRO 5 - Coeficientes de correlação entre as subescalas da EPCEMtl	68
QUADRO 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre as quatro sub escalas	69
QUADRO 7 - Matriz de correlações de Pearson entre práticas e comportamentos dos enfermeiros e a idade	72
QUADRO 8 - Matriz de correlações de Pearson entre práticas e comportamentos dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional	73
QUADRO 9 - Resultados da aplicação do teste t de Student, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros e as habilitações académicas	74
QUADRO 10 - Distribuição das respostas e atuação face a situação de perigo identificada	77
QUADRO 11 - Entidade para a qual foi feita a denúncia	78
QUADRO 12 - Contribuição da visita domiciliária	81
QUADRO 13 - Temáticas no âmbito do abuso infantil	84
QUADRO 14 - Contexto da educação para saúde	85
QUADRO 15 - Formação específica na área do abuso infantil	86
QUADRO 16 - Conteúdo para formação	88

## RESUMO

Os abusos perpetrados contra crianças e adolescentes são uma realidade que põe em perigo a sua saúde física e mental, comprometendo, a qualidade de vida e bem-estar quer no presente, quer no futuro, uma vez que deixam sequelas graves e, frequentemente, irreversíveis.

A presente investigação teve como objetivo identificar as práticas, comportamentos, conhecimentos e necessidades formativas dos enfermeiros do ACES Grande Porto VII- Gaia face ao abuso infantil.

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo e correlacional, no qual participaram 91 enfermeiros. A colheita de dados foi realizada entre fevereiro e março de 2013, através de um questionário de autopreenchimento.

Os resultados demonstram que os enfermeiros realizam melhores práticas à criança/adolescente vítima de abuso ao nível da intervenção precoce na criança e família de risco. A Promoção do bem-estar e segurança da criança, foi o que contribuiu menos para as boas práticas.

A maioria dos enfermeiros, contactou com crianças/adolescentes vítimas de abuso durante a atividade profissional, e as situações de perigo mais identificadas foram negligência, disfunção parental/familiar, suspeita de abuso sexual e abuso físico. Dos comportamentos passíveis de serem implementados foram o encaminhar para os técnicos de serviço social, médico de família e avaliar/monitorizar os comportamentos da criança. A maioria dos enfermeiros que denunciaram a situação utilizou o relatório descritivo.

Realça-se que a maioria dos enfermeiros referiu desconhecer a existência de documentos identificadores para famílias de risco na sua unidade e do manual de procedimentos para situações de abuso.

A maioria dos enfermeiros não possui formação específica na área do abuso infantil e expressaram muito interesse em obtê-la. Os que demonstraram interesse em fazer formação, selecionaram como conteúdo o diagnóstico do abuso, programa de intervenção familiar e enquadramento legal.

**Palavras-chave:** Criança; Adolescente; Maus-Tratos Infantis; Papel do Profissional de Enfermagem

## ABSTRACT

The abuses perpetrated against children and adolescents are a reality that endangers their physical and mental health, compromising their quality of life and well-being both at present and in the future, once they leave serious sequelae and often irreversible.

The research aimed to identify the practices, behaviors, and knowledge and training needs of the nurses of the Grand Porto-Gaia VII ACES face to child abuse.

We conducted an exploratory, descriptive and correlational study, which was attended by 91 nurses. Data collection was conducted between February and March 2013, through a self administered questionnaire.

The results show that nurses perform best practices for children and adolescents victim of abuse at the level of early intervention in child and family risk. Promoting the welfare and safety of the child, which was contributed least to the best practices.

Most nurses contacted with children / adolescents who were abused during the activity professional and the danger were identified more neglect, parental / family dysfunction , suspected sexual abuse and physical abuse . Behaviors that can be implemented were forward for social workers , family doctor and assess / monitor the child's behavior . Most nurses who denounced the situation used the descriptive report.

It is emphasized that most of the nurses said to ignore the existence of identifiers documents for at-risk families in their unit, and procedures for situations of abuse manual.

Most nurses do not have specific training in the area of child abuse and expressed much interest in obtaining it. Those who showed interest in training , selected as content diagnosis of abuse , family intervention program and legal Framework.

**Keywords:** Child, Teenager, Child Maltreatment, Role of professional nursing

## INTRODUÇÃO

Os abusos perpetuados contra crianças e adolescentes são uma realidade que põe em perigo a sua saúde física e mental, comprometendo, a sua qualidade de vida e bem-estar quer no presente, quer no futuro, uma vez que deixam sequelas graves e, frequentemente, irreversíveis.

Em sede de intervenção científica, social ou da prática clínica, usam-se frequentemente os conceitos de maus tratos ou abuso, podendo considerar-se que estes equivalem a:

*“qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional, psicológica), confiança e poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados ou afetos). Pela forma reiterada, privam a vítima dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento ou dignidade. Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a cultura e a época em que têm lugar” (Magalhães, 2010, p.7).*

A definição de situação de abuso constitui, uma tarefa complexa, dadas as múltiplas varáveis socioculturais (tradições, preconceitos, mitos associados a muitas destas práticas particularmente aos castigos corporais).

Ideia que tem recebido o contributo de estudos desenvolvidos a nível internacional e nacional demonstrativos dessa problemática e, simultaneamente, evidenciam a necessidade de uma intervenção alicerçada no conhecimento científico (Calheiros et al., 2011).

O reconhecimento imediato da situação de abuso e a rápida intervenção, por parte dos profissionais, é importante para a proteção efetiva das crianças e adolescentes. A sua identificação deve, desencadear ações de proteção e notificação, cumprindo, as determinações contempladas na Lei de Proteção de Crianças e Jovens (Oliveira, 2009). Os serviços de saúde comunitários têm um papel fundamental na prevenção do abuso por serem os serviços que têm um acesso privilegiado às famílias (Soriano Faura, 2009).

Na base explicativa para a ocorrência do abuso em crianças e adolescentes sustentada no modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner (1977), a criança/adolescente aparece no centro de um sistema caracterizado por uma rede complexa de inter-relações entre o microsistema (contexto inclusivo da criança, abusador e família); o mesossistema (interligações e processos entre criança, abusador e família); o exossistema (interrelaciona a estrutura social em que a criança, abusador e família estão inseridos) e o macrosistema (crenças, atitudes, valores, ideologias da estrutura social).

A escolha do tema “Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários à Criança e Adolescente vítima de Abuso” está relacionada com uma inquietação profissional exercida enquanto enfermeira do Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco (NACJR), a preocupação revelada pelos colegas em lidar com esta problemática nos cuidados de saúde primários (CSP) e o interesse em cooperar na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a crianças/adolescentes. Esta atividade no NACJR permitiu a constatação que é uma área que necessita de uma intervenção com maior visibilidade, na qual existe manifesta dificuldade dos profissionais em lidar com essas situações. Ao que acresce a sua atualidade social revelado pelo percurso histórico dos abusos infantis, na perspetiva salutogénica que se organiza em cinco períodos:

“Desconhecimento (até 1946); descrição de síndromas sem as identificar (1946 até 1961); identificação (1962 até meados da década de 70); reconhecimento (meados da década de 70 a meados da década de 80) e prevenção (desde meados da década de 80) (Dias Huertas, Cit. por Taveira, 2007, p.11) ”.

A pertinência da temática fundamenta-se, na dificuldade sentida e observada nos contextos da prática clínica de enfermagem em identificar, notificar e encaminhar as situações de abuso na criança/adolescente, o que torna emergente a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para esta realidade. Os enfermeiros defrontam-se, muitas vezes, com o dilema de ser capaz ou não, de identificar, diagnosticar e intervir, nos casos de risco e/ou perigo (Reis, 2009).

A prática e o comportamento dos profissionais na abordagem à criança e adolescente vítima de abuso encontram-se intimamente relacionados com a visibilidade, ainda obscura, que o problema assume no quotidiano. A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de abuso e as ideias a eles associadas contribuem para entender o encaminhamento nos casos identificáveis.

A dissertação “Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros à Criança e Adolescente Vítima de Abuso” decorreu no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

As questões de partida a partir das quais se desenvolveu esta investigação foram:

- Quais as práticas e comportamentos dos enfermeiros dos CSP face a abordagem das crianças e adolescentes vítimas de abuso?
- Quais os conhecimentos dos enfermeiros relativos ao abuso às crianças e adolescentes?
- Quais as necessidades formativas dos enfermeiros sobre abuso infantil?

A finalidade deste estudo pretende contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem à criança e adolescente, visando minimizar a perpetuação das situações de abuso. E cujos objetivos foram:

- Identificar as práticas dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso;
- Identificar os comportamentos dos enfermeiros perante a criança e adolescente vítima de abuso;
- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre abuso infantil;
- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre abuso infantil.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo no paradigma quantitativo, de natureza descritiva, exploratória e correlacional com delineamento não experimental e transversal. A população-alvo foi constituída por 91 enfermeiros que exerciam funções no Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VII-Gaia e que prestassem cuidados às crianças/adolescentes. Foram salvaguardados os cinco princípios/direitos éticos fundamentais, nomeadamente: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Estes princípios éticos foram para nós, uma preocupação constante, respeitando-se os direitos dos participantes envolvidos ao longo de toda esta investigação.

Para realizar a investigação foi utilizado o questionário “Abuso Infantil, Práticas e Comportamento dos Enfermeiros”, de Catarino (2007), após o devido pedido de autorização e respetivo consentimento da autora. Os dados recolhidos foram analisados através da estatística descritiva e estatística inferencial.

Do ponto de vista estrutural, esta dissertação está dividida em três partes, sendo:

- A primeira contextualiza as ideias sobre a criança, adolescência, o abuso infantil. São descritos conceitos, tipologias, epidemiologia, identificando-se os fatores de risco, dando-se particular relevo as práticas e comportamentos dos enfermeiros. Esta fase permitiu ir para além da “simples definição ou convenção terminológica” possibilitando a “construção abstrata que visa dar conta do real” (Quivy; Campenhoudt, 2008, p.181).

- A segunda é alusiva ao enquadramento metodológico que conduziu esta investigação, considerando a justificação, finalidade/objetivos, o tipo de estudo desenvolvido, os aspetos ético-legais, a descrição da recolha e tratamento estatístico dos dados.

- A terceira inclui a apresentação, análise e discussão dos resultados fundamentada em estudos de investigação nacionais e internacionais que procuram sensibilizar os enfermeiros para esta área.

## 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação científica conduz à aquisição de conhecimentos, através de um processo sistemático e rigoroso, surgindo da iniciativa do investigador ao trabalhar uma ideia, resultante da observação, inquietação pessoal e/ou da revisão de literatura.

Daí que, quando o investigador se propõe à elaboração de um estudo de investigação, tem na sua base um interesse pessoal proveniente da sua prática profissional, que resulta numa preocupação sentida para a qual procura dar uma resposta (Ribeiro, 2010).

No decurso da fase conceptual, o investigador “organiza as suas ideias”, procura informação e define um tema ou domínio de investigação, a sua conceptualização “é mais do que uma simples definição ou convenção terminológica. É uma construção abstrata que visa dar conta do real” (Quivy; Campenhoudt, 2008, p.181). Contudo, para que o estudo seja exequível o seu domínio deve ser limitado (Vilelas, 2009).

A área temática selecionada a partir das inquietações profissionais é o abuso, que se delimita à criança/adolescente, às práticas, comportamentos, conhecimentos dos enfermeiros que exercem atividades nos CSP e as suas necessidades de formação.

### 1.1- Criança e adolescente: do desenvolvimento ao contexto familiar

O período compreendido entre a infância e a adolescência tem sido desde longa data alvo de estudo, sobretudo no que concerne às suas implicações no desenvolvimento humano. A palavra infância, primeiro período da vida humana, provém do latim *infantia*, que significa “incapacidade de falar”, e da palavra infante, do latim infante, “aquele que não é capaz de falar, sem eloquência, muito criança” (Machado, 1997, p. 291).

Ao longo dos tempos, vários foram os estudiosos que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento humano, entendido como “o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida” (Bronfenbrenner, 1989, p.191).

Deste modo, entendemos o desenvolvimento infantil como uma sequência ordenada de transformações progressivas resultando num aumento de grau de complexidade do organismo (Hochenberry, 2006), no que diz respeito ao “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância” (OE, 2011, p.48).

Neste período a criança efetiva a aprendizagem na relação que estabelece com o outro (pais, irmãos, amigos, professores...). Essa aprendizagem é multidimensional, simultânea, imprevisível e contínua e, ainda relaciona-se com os eventos do percurso de vida (afetivos, comunicacionais...).

Estes pressupostos fundamentam a apresentação de uma síntese das ideias e contributos de diferentes estudiosos do desenvolvimento infantil:

- Freud (1856 - 1939) contribuiu para a forma de pensar sobre nós próprios, a linguagem e a cultura, por enfatizar o papel do inconsciente na mente humana e considerar o comportamento humano resultante de um jogo e de uma interação de energias. Defende no desenvolvimento da personalidade da criança a satisfação das suas necessidades nas diferentes fases do seu desenvolvimento, pois a sua negligência tem consequências na formação da personalidade (Hochenberry, 2006).

- Erikson (1904 - 1994) aprofundou a teoria psicosssexual de Freud e respetivos estádios, porém em oposição a este, considera que a personalidade não se constrói apenas com base na sexualidade. E ao defender a importância da infância no desenvolvimento da personalidade da criança considera que esta continua a desenvolver-se, para além dos cinco anos de idade. Na sua teoria propõe oito estádios do desenvolvimento psicossocial que permitem a transição saudável da infância para a idade adulta. Em cada estádio a criança confronta-se, e preferencialmente supera novos desafios ou conflitos, que importa resolver bem para transitar para o estádio seguinte sem problemas e no tempo necessário para cada um deles. A sua realização de forma apressada pode trazer consequências no desenvolvimento emocional e nas competências a adquirir e necessárias para a vida futura (Hochenberry, 2006).

- Jean Piaget (1896 - 1980) propôs quatro períodos no processo evolutivo da espécie humana caracterizados por aquilo que o indivíduo consegue fazer melhor: (i) 1º período: sensório-motor (0 a 2 anos); (ii) 2º período: pré-operatório (2 a 7 anos);

(iii) 3º período: operações concretas (7 a 11 ou 12 anos); (iiii) 4º período: operações formais (11 ou 12 anos em diante) (Id, 2006).

De uma forma geral, todos os indivíduos vivenciam esses períodos na mesma sequência. Porém, o início e o término de cada um deles pode sofrer variações em função das características da estrutura biológica individual e dos estímulos proporcionados pelo meio ambiente em que ele estiver inserido. Deste modo, “a divisão nessas faixas etárias é uma referência, e não uma norma rígida”(Furtado et al.,1999, p.30).

- Lev Vygotsky (1896 -1934) defendeu que a aprendizagem conduz ao desenvolvimento, já que o comportamento humano funciona como uma superação/transformação/suscitação constante de aprendizagem e desenvolvimento durante toda a sua existência. Salientamos que a linguagem, como instrumento social de mediação entre o Eu e o Outro, funciona como ponto de partida na relação aprendizagem/desenvolvimento. A linguagem deste modo pode ser entendida como a base para todo o processo constitutivo da subjetividade humana, porque “por trás de cada pensamento há desejos, necessidades, interesses e emoções, fazendo com que a compreensão do que dizemos dependa substancialmente da interação do nosso ouvinte com essa base afetivo-volitiva” (Jobim; Souza, 2001, p. 24).

- Skinner (1904 - 1990) a partir da abordagem sistemática procurou perceber o comportamento humano na sua relação com as crenças e práticas culturais. Investigou a modelação do comportamento pelo reforço positivo e/ou negativo. Defendeu o condicionamento operante, no qual um determinado comportamento tem uma maior probabilidade de se repetir, se a seguir à sua manifestação existir um reforço positivo e agradável. Esta forma de condicionamento pode levar a que o comportamento ocorra antes da resposta. Nesta perspectiva, os estímulos ambientais assumem importância na aprendizagem, pelo qual a criança pode apresentar mudança comportamental relativamente estável e interligada à experiência vivenciada (Filho, et al, 2009).

- Albert Bandura (1925 - presente) considera que a criança aprende na interação com o seu meio e na observação dos outros. O ambiente modela a personalidade e o comportamento da criança e ainda as ligações entre as pessoas, o comportamento e o ambiente são bidirecionais. Assim, a criança pode influenciar o seu ambiente por meio da sua conduta (Fonseca, 2005).

- Urie Bronfenbrenner (1917 - 2005) perspectiva o ser humano de um ponto de vista global e integrado, sendo que o conceito de pessoa enquadrado no contexto de vida, meio e ambiente que a rodeia e que estabelecem entre si uma interação mútua e influenciando-se uns aos outros (Martins; Szymanski, 2004).

O conceito de adolescência tem origem no latim “*adolescere*”, e corresponde ao período da vida humana que sucede à infância, marcado por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de autoafirmação, pela absorção de valores sociais e pela elaboração de projetos que implicam uma plena integração social (Vilela, 2009). É um processo de maturação na medida, em que se adquirem, e se ajustam as atitudes e as competências para uma efetiva participação social (Id, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) considera adolescentes, os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos e divide a adolescência em três fases: (i) inicial, entre os 10 e os 13 anos; (ii) intermédia, entre os 14 e os 15 anos, e (iii) tardia, entre os 16 e os 19 anos.

A adolescência é um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta, o que não constitui uma tarefa fácil “é um pouco como se algo de muito importante se tivesse perdido e algo de muito importante se não tivesse ainda encontrado” (Costa, 1998, p.8).

A abordagem da adolescência, na atualidade, vai para além de ser um período de grandes alterações, importa compreendê-la na perspetiva de um período do ciclo da vida marcado pela descoberta e pelas múltiplas oportunidades oriundas dos diferentes contextos sociais e culturais. Então, importa perceber as ideias de alguns estudiosos sobre a adolescência:

- Erikson referiu a “crise da adolescência” como um processo de transformação psicossocial caracterizada pelas contradições e ambivalências, vivendo o adolescente numa oscilação permanente entre dois polos: a independência (necessidade de autonomia) e a dependência (necessidade manifesta de proteção) (Vilelas, 2009).

- Freud não identificou a adolescência como uma fase distinta no desenvolvimento, apesar de a considerar crucial. A sua perspetiva preconizou a pessoa como dotada de um reservatório de impulsos biológicos básicos, identificando a emergência de determinado aspeto da sexualidade humana a cada fase distinta do ciclo vital. Na adolescência ocorre a reativação na forma madura e genital, de vários impulsos sexuais e agressivos experimentados pelo indivíduo nas fases iniciais do seu desenvolvimento (oral, anal e edípica). A intelectualização é o mecanismo de defesa adotado pelo adolescente para lidar com a sua revolta emocional, conduzindo-o a mudar as questões concretas do corpo para as mais abstratas e isentas de emoção. Logo, os conflitos da puberdade são considerados normais e necessários à adaptação e à busca de um novo sentido da personalidade e do papel social (Senna; Dessen, 2012).

- Piaget afirmou que os comportamentos adolescentes que geram preocupações aos adultos têm a sua origem nas mudanças da sua forma de pensar, característica do início desta fase. Com o desenvolvimento do pensamento formal, por meio da assimilação e da acomodação de novas estruturas, o adolescente revela uma maneira própria de compreender a sua realidade e constrói sistemas filosóficos, éticos e políticos como tentativa de se adaptar e mudar o mundo (Coll et al., 1996, Inhelder; Piaget, 1958-1976, Cit por. Catarino, 2009; Hockenberry, 2006). Ao perceber que as soluções baseadas apenas no raciocínio lógico não são possíveis, o adolescente chega à idade adulta por meio da inserção na sociedade (Catarino, 2009).

- Bronfenbrenner considerou o adolescente uma pessoa que apresenta características próprias - individuais, psicológicas e biológicas para além de uma forma própria de lidar com suas experiências de vida. É um sujeito ativo, produto e produtor do seu desenvolvimento que ocorre na interação com o contexto. Este contexto é definido por uma hierarquia de sistemas interdependentes - micro, meso, exo e macrosistema - e é composto pelas atividades, papéis e relações interpessoais presentes, por exemplo, na sua família, nos grupos de amigos, na vizinhança, na comunidade, e nas instituições educacionais e de saúde, sociais e políticas (Bronfenbrenner, 1999).

Na adolescência, pode-se reconhecer os efeitos diretos e indiretos gerados pelas mudanças e estabilidades sucessivas, que ocorrem não somente nas características individuais, mas, sobretudo, nas transformações histórico-culturais, sociais, políticas e econômicas, atribuídas à época em que ela é vivida (Bronfenbrenner, 1996).

Costa (2002) defende que o adolescente coexiste no mundo em relação com o meio, sendo interlocutor de uma cultura num contexto pessoal de realizações em que as dimensões familiares, sociais, políticas e religiosas o desafiam a tornar-se pessoa. Esta autora acrescenta que a adolescência é um percurso de vida, particularmente, influenciado pelos padrões culturais e valores de cada sociedade.

Para compreendermos o desenvolvimento humano, na infância e adolescência, é necessário perceber quais os fatores que nele interferem. Estes estão relacionados com a criança/adolescente, a família e a sociedade. Segundo Brazelton (2000) as influências do meio ambiente interno (biológicos e psicológicos e externo (ambiente social) começam a atuar mesmo antes do nascimento e continuam durante toda a vida. Logo, para que a criança/adolescente tenha um desenvolvimento equilibrado deve ser assegurada a satisfação das necessidades básicas, que visem melhorar a autonomia e os cuidados inerentes ao bem-estar (Catarino, 2007).

Muitos são os estudos científicos que apontam para a importância da interação precoce, das relações entre pais-filho e das práticas parentais. Dos quais destacamos estudos de Barudy (1998), Bowlby (2002), Brazelton (2000) e Ribeiro (2003).

Estes autores consideram que a relação afetiva com a família é um dos eixos do desenvolvimento da criança/adolescente, tornando a sua presença, sinónimo de bem-estar e de proteção contra a solidão, o sofrimento e a angústia. Segundo Ribeiro (2003) os comportamentos e as atitudes parentais específicos influenciam o desenvolvimento comum da criança/adolescente e da própria família.

A família, sendo uma estrutura complexa, é formada por elementos cuja união deriva de laços sanguíneos e afetivos e é o contexto natural para se nascer e crescer. Simultaneamente, deve ser geradora de amor e, em algumas circunstâncias, pode ser também causadora de sofrimento (Relvas, 2000). Este facto permite afirmar que a família é simultaneamente um todo e partes, sendo que a soma das partes é maior que o todo.

Carneiro (1997) defende que a família não é um fenómeno natural simples, é uma instituição social que varia ao longo da história podendo apresentar formas e funções diversas numa mesma época, lugar e, conforme o grupo social no qual está inserida.

A perspetiva atual da família é de um sistema dinâmico, mutável internamente e em relação contínua com o exterior. Este conceito permite percebê-la como um sistema único e complexo, onde se estabelecem relações e interações de reciprocidade e interdependência e ainda, com dimensões evolutivas e contextuais (Relvas, 2000).

Os valores tradicionais de uma família, para Ferreira (2002), dependem da cultura em que esta se insere. Razão pela qual a criança/adolescente os assimila ou os interpreta de um modo particular e variável e de acordo com a etapa desenvolvimental em que se encontra. A saúde da criança/adolescente obtém-se por privilegiar o seu crescimento e o desenvolvimento no contexto familiar (Sousa; Carvalho, 1990; Ferreira, 2002).

As funções básicas da família, segundo Gimeno (2001) compreendem a económica, a reprodutiva e o desenvolvimento pessoal com destaque para a individualização, a autorrealização e o modelo igualitário de papéis. Deste modo, engloba a saúde física e emocional, a proteção, o afeto de todos os seus membros com a integração ativa no meio social.

O papel da família atende a dois tipos de objetivos: um de carácter interno, o de proteção psicossocial dos seus membros, e um outro externo de acomodação e transmissão de uma cultura. O lar é, por isso, o lugar adequado para o indivíduo se

desenvolver integralmente podendo, ou não, beneficiar da atmosfera familiar (Reis, 2009).

A família como sistema social possui pré requisitos funcionais como a capacidade de adaptação, realização de objetivos, integração, manutenção de padrões e controlo das tensões. Deste modo, constitui um meio acolhedor para a criança/adolescente e capaz de garantir a sua segurança plena. A ligação entre os diferentes membros da família surge como elemento central no processo de socialização e equilíbrio emocional (Ambrósio, 1992).

À unidade familiar compete providenciar as medidas de proteção e socialização que conduzem ao desenvolvimento humano harmonioso da criança/adolescente e a qualidade dos cuidados que estes recebem. Neste sentido, o papel da família constitui-se numa “série de atividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa” (Bronfenbrenner, 2002, p.68). Este papel que pode ser de provedor, dona de casa, prestador de cuidados, socialização, terapêutico, recreativo e parental (Id, 2002).

O desempenho efetivo do papel parental implica a existência de um ambiente estável e coerente que permita à criança/adolescente sentir-se verdadeiramente amada e amar. Neste sentido, as relações no ambiente familiar devem implicar afetividade que lhes permita a assunção dos sentimentos de segurança e pertença. Em oposição, a demissão parental na satisfação das necessidades gera sentimentos de rejeição com consequências graves para a criança /adolescente (Catarino, 2009).

Deste modo, percebe-se que existem fatores que potenciam a tensão do desempenho do papel familiar como a incapacidade para definir a situação, a falta de conhecimento e de consenso, o conflito do papel, a saturação do papel e o poder (Hanson, 2005). Entende-se, neste contexto, poder como “a aptidão ou capacidade final dos atores para produzir ou causar resultados ou efeitos (esperados), particularmente no comportamento de outro ou nos resultados de outro” (Szinovacz, 1987, p.652).

A liderança familiar resulta do facto de ser um “sistema social” que tem de “cumprir funções e atingir metas”, razão pela qual “necessita de uma organização interna e de uma distribuição de papéis” (Gimeno, 2001, p.90). O desequilíbrio entre estes dois aspetos origina o conflito familiar. Mas, apesar da sua existência a família mantém a unicidade e o seu papel como determinantes no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus membros (Relvas, 2000).

A ausência da família ou, até mesmo, a pertença a uma família desequilibrada põe em causa o desenvolvimento integral da criança/ adolescente e pode

potencializar o aparecimento de situações de risco, nomeadamente, consumo de álcool e tabaco, gravidez na adolescência. Quando a criança/adolescente tem uma relação de bem-estar, educação, trabalho e vida em comunidade maior é a probabilidade de se tornar sociável e de se adaptar às normas sociais estipuladas (Reis, 2009).

No meio familiar a criança/adolescente pode ter maior possibilidade de encontrar as condições indispensáveis ao seu desenvolvimento: amor, proteção, segurança e heterogeneidade (Reis, 2009). Para Sarmiento (2005, p.16) “o núcleo familiar é um lugar problemático e crítico, onde tanto se encontra o afeto quanto a disfuncionalidade, tanto o acolhimento quanto os maus-tratos”

Reconhecida a importância da família no desenvolvimento da criança/adolescente, a sua carência pode afetar a sua relação com o outro, devido às dificuldades relacionais que marcaram o seu percurso. O comprometimento do seu processo identitário interfere no desenvolvimento psicológico, podendo refletir-se na sua forma de se relacionar e na percepção e compreensão dos que os rodeiam (Fonseca, 2002).

A família desempenha um papel importante no desenvolvimento global da criança/adolescente e no seu processo de integração na sociedade, e conseqüentemente, na prevenção das situações de abuso. A generalidade dos estudiosos deste assunto é, hoje, unânime em considerar as alterações do funcionamento familiar como uma das principais causas dos distúrbios do comportamento, entre os quais, a violência na família (Fonseca, 2002; Sarmiento, 2005; Magalhães, 2010). Por outras palavras, não há crianças em perigo sem famílias em perigo, o que uma vez mais, eleva a necessidade de proteção e a responsabilidade dos enfermeiros como promotores de um desenvolvimento saudável, pois a família é o principal grupo social “de risco”, no que respeita ao fenómeno da violência (Reis, 2009).

Na criança/adolescente vinculada, a confiança que tem em si e no Outro facilita uma relação interpessoal calorosa e de confiança contrariamente a que tem uma vinculação insegura, apresenta expectativas negativas quer relativamente a si quer na confiança que deposita no outro (Bowlby, 1981).

Muitas dessas crianças/adolescentes continuam a ser vítimas ignoradas, porque o trauma ou dano psicológico que elas sofreram não é compreendido. A nível emocional, segundo Burrington, é comum, elas “manifestarem reações de evitamento, medo, agressividade, culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, insegurança e confusão” (1999, p.102, Cit. por Machado; Gonçalves, 2002). Ao que se acrescenta,

as alterações do autoconceito, relacionamentos, objetivos e projetos de vida que estabelecem.

A criança/adolescente vítima de abuso, corre o risco de desenvolver modelos globais negativos. As expectativas negativas relativamente a si e ao Outro têm, também, influência negativa na competência para interagir adequadamente, não estando, preparada para desenvolver relações positivas e bem-sucedidas (Mueller; Silverman, 1989; Magalhães, 2010).

Do ponto de vista das funções parentais, compete aos pais providenciar as medidas de proteção e socialização que lhe são de direito, pelo que a qualidade dos cuidados que a criança recebe é da sua responsabilidade (Ribeiro, 2003), pois o seu papel é de:

“Interagir de acordo com a responsabilidade de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressas estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente” (OE, 2011, p.66).

## **1.2- Abuso de criança/adolescente: da história à atualidade**

Os abusos não são um fenómeno novo nem exclusivo das sociedades ocidentalizadas. A figura social e cultural da infância e as formas de abuso à criança/adolescente têm sido diferentemente construídas ao longo das diversas épocas sócio históricas (Magalhães, 2010).

No passado muitas práticas de abuso e violência doméstica eram socialmente aceites, e hoje são consideradas um desrespeito pelos direitos humanos. Esta raiz histórica, pode contribuir para a compreensão atual desse fenómeno. No presente, cruzam-se aspetos culturais ligados à violência sobre criança/adolescentes e à representação histórico social da infância (Magalhães, 2010).

Na antiguidade, o infanticídio foi praticado, em todas as culturas orientais ou ocidentais até ao século IV d.C. A sua prática assentou, entre outras, na eliminação de recém-nascidos com malformações congénitas, prematuros e na resposta a crenças religiosas (Canha, 2003).

Neste sentido, destaca-se:

- Na sociedade Romana, foi usual a imolação de primogénitos quando a vida do Rei corria perigo. Aristóteles e Platão defendiam esta prática, porém chamaram atenção dos professores para a importância do ensino ser ministrado sem castigos (Reis, 2009).

- Na Roma Antiga, os pais tinham o direito de vender, matar ou escolher deixar ou não viver os seus filhos. Os Gregos antigos praticavam o infanticídio e abandono de recém-nascidos com malformações. Também, na Bíblia são relatadas histórias de abusos a crianças (Magalhães, 2005).

Estas práticas só tomaram a dimensão de maus tratos com o decorrer vagaroso dos séculos e esta lenta mudança de perspetiva e sentimentos pode estar associada à mudança do conceito sobre a infância como uma etapa fundamental da vida (Magalhães, 2005). Durante a idade Média até ao Renascimento persistiu a desvalorização da criança sendo comparada aos idosos e/ou alcoólicos (Soares, 1997).

Entre os séculos XIV e XVII, as crianças que até aqui eram entregues a amas ou a instituições, começaram a fazer parte da vida afetiva da família. Época em que surgiram algumas instituições com o intuito de as proteger e educar e que recomendavam moderação da prática do castigo físico (Magalhães, 2010). Podemos afirmar que até ao séc. XVII, a criança, teve um papel muito reduzido na família e na sociedade, sendo quase inexistente a distinção entre crianças e adultos, pois partilhavam o trabalho, os divertimentos e até, o vestuário. De igual modo, havia pouca preocupação com a idade cronológica, muitas desconheciam a sua idade e eram raros os registos exatos de nascimento (Canha, 2003).

Dos finais do século XVII aos princípios do século XVIII, a taxa de infanticídio e abandono de crianças era muito alta, razão pela qual começaram a surgir em diversos países da Europa, asilos ou orfanatos especializados em recolher menores (Magalhães, 2010). Muitas crianças morriam e eram enterradas sem o conhecimento dos outros, principalmente as nascidas de relações extraconjugais. Nas famílias mais desfavorecidas, eram de igual modo olhadas com desprezo, e logo muito cedo, eram integradas no mundo do trabalho sendo consideradas um “adulto em miniatura” que contribuía para o sustento familiar. Foi neste contexto histórico-social que o mau trato laboral passou a existir de uma forma mais ou menos camuflada, situação que se manteve durante muito tempo (Canha, 2003, p.7).

No século XVIII houve uma melhoria significativa das condições sanitárias da população, por consequência o infanticídio e a mortalidade infantil diminuíram. Ainda, no decorrer desse século e início do seguinte, muitas crianças foram

internadas em instituições como medida de proteção. Facto, que correspondia mais aos interesses da comunidade do que aos da própria criança, contudo foi considerado um mal menor, quando comparada ao infanticídio (Id, 2003).

Nesta época, Jean-Jacque Rousseau considerou a criança como portadora de valores próprios e de potencialidades. Estas suas ideias difundiram-se e influenciaram educadores, médicos e professores (Magalhães, 2005).

A Revolução Francesa (1789 - 1799) permitiu a libertação dos oprimidos: pobres, loucos e crianças. Surgiram, então, as leis de proteção e universalidade da escola e instituições de proteção. A partir daqui, a infância começou a ser encarada de uma forma diferente e passou a ser reconhecida como uma etapa específica da vida que carecia de cuidados especiais (Id, 2010).

No século XIX, em 1857, as leis oriundas da Revolução Francesa foram reforçadas. Porém, a Revolução Industrial (1760-1840), tinha trazido novos processos de manufatura, criando-se condições laborais para a exploração de crianças/adolescentes (Magalhães, 2010). Nesse século, Taveira (2007, p.16) realçou quatro acontecimentos com impacto nos abusos: o estudo científico de casos reais, a criação dos primeiros hospitais infantis, o incremento da remuneração do trabalho infantil e o aparecimento das primeiras sociedades dedicadas à “prevenção da crueldade infligida às crianças”. O mesmo autor defende que o aumento do controlo social e a generalização do abandono infantil, receberam o contributo, por exemplo, da ocultação dos sinais de violência física, durante as consultas médicas, pelos pais/tutores e do interesse pelo estudo aprofundado destas situações.

Os determinantes para a consciência social foram os seguintes acontecimentos:

- O *Child Welfare Movement*, nos Estados Unidos da América, em 1825, resultado das alterações culturais que levou ao aparecimento da *Sociedade Nova-iorquina para a Reforma dos Delinquentes Juvenis* criando um espaço para crianças vagabundas ou/e abandonadas ou/e maltratadas (Taveira, 2007);

- A “ *Society for Prevention for Cruelty to Children*” fundada em Nova York, para prevenir a violência infantil movimento que surgiu pela divulgação de um caso que chocou a sociedade:

“Uma menina de quatro anos, (...) era espancada e passava a maior parte do dia amarrada com correntes, aos pés da cama, (...) os vizinhos denunciaram o caso. No entanto, como o mau trato infantil não era considerado delito, submeteu-se o caso à Sociedade Protetora dos Animais (...) alegando que esta criança pertencia a este grau de escala zoológica (Gallardo, 1994, p.20);

- A descrição científica da síndrome da criança maltratada, na obra “*Étude médico-légale sur les seices et mauvais traitements exercés sur les enfants*”, escrita em 1852, por Toulmuche, médico legista francês (Magalhães, 2010, p.15);

- O relato produzido, em 1860, por Ambroise Tardieu, professor catedrático de medicina legal em Paris, no qual descreveu 32 casos de crianças maltratadas assinalando as lesões sofridas, os problemas familiares e o contraste entre os dados clínicos e as justificações parentais. Após aproximadamente 30 anos da sua publicação surgiu uma lei de proteção às crianças maltratadas (Taveira, 2007);

- O aparecimento dos primeiros hospitais pediátricos em Paris e Londres (Id, 2007);

- A criação da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), em 1947, no período pós II Grande Guerra Mundial que enfatizou a noção de bem-estar (Taveira, 2007).

Reis (2009) reforça a ideia que o aparecimento de novas instituições sociais, nos Estados Unidos, aumentou a sensibilidade pública face à criança maltratada, promulgando-se medidas legislativas no sentido da minimização destas situações.

Durante o século XX ocorreram movimentos sociais que levaram a alterações legais e científicas, dos quais destacamos:

- A manifestação de trabalhadores e educadores especializados em crianças maltratadas, no início dos anos 60 ganhou relevância (Magalhães, 2005);

- A tradição histórica de violência sobre as crianças e adolescentes e de tolerância sociocultural do abuso infantil, contribuíram para o seu reconhecimento tardio como problema social grave que vitimou e continua a vitimizar inúmeras crianças e jovens (Canha, 2003).

As alterações legais decorrentes destes movimentos permitiram a aprovação da:

- Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948;

- Declaração dos Direitos das Crianças, em 1959, pela Organização das Nações Unidas (ONU);

- A “Carta Europeia dos Direitos da Criança” em 1992, aprovada pelo Parlamento Europeu que, além de estabelecer os seus direitos nos países europeus, solicitava aos Estados Membros, que nomeassem um defensor desses direitos (Magalhães, 2005).

Os avanços na área científica verificaram-se com o surgir da primeira definição conceptual de maus tratos. A partir de 1965, o termo “síndrome da criança maltratada” passou a incluir as crianças com abusos físicos, emocionais, sexual, abandonadas, com défice nutricional (Kempe; Kempe, 1985). Os abusos em menores

adquiriram uma nova e ampla dimensão, na qual se incluem formas ativas e passivas, aspetos emocionais e físicos, contextos familiares e extrafamiliares e necessidades físicas e psicológicas. Aspetos que no seu conjunto permitiram identificar possíveis consequências e repercussões transgeracionais (Magalhães, 2005).

Em Portugal, o estudo da problemática do abuso infantil iniciou-se na década de 80, mais propriamente em 1985, aquando da criação do Núcleo de Estudo da Criança Maltratada do Hospital Pediátrico de Coimbra (Canha, 2003). Efetivamente, em 1989, Fausto realizou uma investigação relacionada com os abusos na infância nas cidades de Lisboa e Porto que veio a ser considerada um estudo piloto e serviu de base a posteriores investigações a nível nacional.

A Convenção dos Direitos da Criança (CDC) foi homologada na Assembleia Geral e ratificada em Portugal no dia 21 de Setembro de 1990, constituindo um marco histórico. Esta convenção reforça a noção que todas as crianças precisam de cuidados especiais, sendo da responsabilidade dos pais a da proteção, educação, saúde e bem-estar do menor (Magalhães, 2005).

Apesar de ter ratificado a CDC, ainda está longe de alcançar o objetivo de que todas as crianças tenham as oportunidades e direitos para usufruir de um desenvolvimento global saudável. Este facto ocorre, devido à falta de meios, de orçamentos e de pessoas envolvidas neste processo (Magalhães, 2010). De acordo com o Instituto de Apoio à Criança (IAC), Portugal foi considerado um país onde os meios existentes, ainda não atingiram as metas desejadas para que nos aproximemos dos “melhores indicadores de saúde alcançados na Região do mundo onde nos inserimos - A União Europeia” (IAC, 2002, p.9).

A propósito dessa Convenção, Martins (2004, p.75) refere que abriu “novos e mais complexos entendimentos sobre as modalidades concretas de exercício do direito de proteção”, relativamente ao provimento de direitos sociais, culturais, económicos e civis da criança/adolescente, impulsionando o desenvolvimento absoluto dos mesmos.

A CDC reconhece à criança o direito a desfrutar de um estado de saúde o mais saudável possível e a usufruir de serviços médicos e de reeducação (IAC, 2002). A criação do Sistema Nacional de Saúde foi, igualmente, um marco histórico para a concretização desses direitos. Mas, ainda existem condutas criadas por circunstâncias sociais exógenas a esse sistema que propiciam a subsistência de trabalho infantil, abusos infantis no contexto familiar e taxas de abandono e absentismo escolar. O direito à saúde é um direito essencial e previsto na Constituição da República Portuguesa, isto é, todos os cidadãos têm o direito de promover e defender a

proteção da saúde, seja a sua ou outrem, designadamente da criança/adolescente inserida em famílias de risco (Peixoto, 2007).

Os modelos educativos, em Portugal, segundo Azevedo e Maia (2006) praticados por pais e educadores estão ligados a alguns estigmas culturais e sociais inculcados no passado e dos quais destaca:

- o tradicionalista onde se educa com disciplina, usando “processos tão obsoletos quanto cruéis”;
- o “pretensamente” moderno onde se desconhecem as funções e responsabilidades promovendo uma transposição da “relação hierárquica familiar, não proporcionado às crianças um modelo firme e coerente”(Id, 2006, p.22);
- e, um outro, modelo no qual os educadores “vítimas da sua própria ignorância, da história, ou contextos de vida” e renunciam às suas “responsabilidades, desprezando ou ignorando, intencionalmente ou não” a sua função como educadores (Id, 2006, p.22).

As crianças/adolescentes oriundas desses modelos são considerados menores vítimas de abandono, violência física e/ou psíquica ou até abuso sexual, resultantes de procedimentos reprováveis que colocam em risco a sua segurança, saúde, formação moral e educacional (Peixoto, 2007). Portanto, há a necessidade de os defender, intervindo direta ou indiretamente nos contextos familiares e educativos.

A adaptação da legislação portuguesa à realidade internacional nas áreas científica, cultural e social, favoreceu a criação:

- do IAC, em 1983, com o objetivo primordial de defender os direitos da criança, consagrados na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, aprovada em 20 de Novembro de 1989;
- das Comissões de Proteção de Menores, (CPM) em 1991, instituições não oficiais que atuam dentro das Câmaras Municipais e das quais fazem parte profissionais de diversas áreas, tais como, educação, saúde, ação social, entre outras. Estas comissões, segundo Almeida et al. (2001, p.31-32), “têm poder de intervenção sobre indivíduos até aos 18 anos (...) desde que estes estejam envolvidos em situações de abuso ou junto daqueles cuja saúde, segurança, educação esteja em risco”. As CPM, posteriormente, em 1999, passaram a designar-se Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) e a ter um papel fundamental na sociedade. Enquanto entidades oficiais não judiciais que abrangem diversos membros da comunidade, têm um papel fundamental na prevenção e intervenção de situações de risco de famílias de crianças e de jovens (Martins, 2004). Hoje, as CPCJ encontram-se dispersas por todo o país e desenvolvem formas de proteção individualizadas, assumindo um papel de relevância no sistema de proteção das

crianças e adolescentes em perigo. Como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional, representam o dever e a responsabilidade de promoção, defesa e respeito pelos seus direitos (CNPJ, 2011);

- da Comissão Interministerial entre os Ministérios da Justiça e da Solidariedade e Segurança Social, em 1998, que definiu o conceito de criança em risco: todas as que colocam pelo seu comportamento em causa o seu próprio crescimento e/ou cujos pais não prestem os cuidados necessários (Magalhães, 2005).

Do ponto de vista legal, destacamos em 1999, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, que apenas entrou em vigor em 2001 cuja finalidade é promover os direitos e proteger as crianças e os jovens em perigo, por forma, a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Magalhães, 2005). Esta lei permite a qualquer pessoa ter conhecimento de situações que ponham em risco a vida, integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança/jovem, seja obrigada a comunicá-las às entidades com competência nesta área, nomeadamente, as CPCJ e/ou as Autoridades Judiciais. As CPCJ, como afirma Magalhães (2005), têm como objetivo principal afastar o perigo em que os menores se encontram e são definidas por membros do Ministério Público, pelo qual a articulação e coordenação eficiente com os diversos intervenientes ao nível comunitário, administrativo e judicial estão salvaguardadas (Epifânio; Pedroso, Cit. por Martins, 2004).

Estudiosos no assunto admitem que as situações de crianças/adolescentes em risco estão relacionadas com uma realidade social complexa, “onde interagem múltiplos e variados fatores”. E, esta “continua a ser uma questão em aberto que exige uma abordagem interdisciplinar e sistémica” capaz de levar a uma visão global de todo o problema (Azevedo; Maia, 2006, p.45).

Armando Leandro (Cit. por Azevedo; Maia, 2006, p.71) consideram que, a utilização de punições e de uma educação rígida em Portugal, ainda permanecem muito implantadas na sua cultura, sendo consideradas formas imprescindíveis para educar. Neste contexto, este magistrado é de opinião que se deve desencorajar as punições físicas através de “uma via pedagógica decidida e clara” (Id, p.71). Efetivamente, os direitos das crianças advêm da própria vulnerabilidade e das obrigações dos adultos em protegê-las.

### 1.2.1 - Conceito e Tipologias

Os conceitos usados pela comunidade científica e pelos profissionais em geral para identificar o abuso da criança/adolescente nem sempre coincidem com a nomenclatura jurídica dos crimes perpetrados neste âmbito, e que estão previstos nos diversos ordenamentos jurídicos dos diferentes países (Magalhães, 2010).

Em sede de investigação científica, social ou da prática clínica, utilizam-se frequentemente os conceitos de maus tratos ou abuso, podendo considerar-se que estes correspondem a:

“qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional, psicológica), confiança e poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados ou afetos). Pela forma reiterada com geralmente acontecem, privam a vítima dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, dignidade ou desenvolvimento (físico, psicológico e social). Tais comportamentos deverão ser analisados tendo em conta a cultura e a época em que têm lugar” (Magalhães, 2005, p.32).

Estes abusos podem classificar-se de acordo com o respetivo contexto em que surgem:

- intrafamiliar, a qual é descrita na literatura como maus tratos e situações ditas de “violência doméstica”(Magalhães, 2010, p.7);
- extrafamiliar quando infringido em instituições ou no âmbito de uma relação de cuidado (Magalhães, 2010, p.7).

Estabelecer fronteiras bem delimitadas entre as diversas formas de abuso às crianças, é uma tarefa difícil atendendo que, cada uma delas não surge como sendo perfeitamente estanque. Uma situação de abuso físico pode ocorrer, em simultâneo, com abuso psicológico, mas o inverso pode não se verificar (Azevedo; Maia, 2006). Perceciona-se, que a maioria das crianças que são vítimas dessas formas de agressão, podem ser sujeitas a vários tipos de abusos, que têm, de ser examinados separadamente, atendendo ao facto apontado por English; Bangdwala; Runyan (2005) que os fatores antecedentes e consequentes de cada uma das formas de abuso manifestam-se de forma distinta.

Os abusos podem resultar de uma omissão ou de uma ação e podem coexistir com diversas tipologias, importando reter, para efeitos desta investigação, os

seguintes tipos: físico, sexual e emocional, negligência, e Síndrome de Munchausen por procuração (Dias, 2004; Ribeiro, 2009; Magalhães, 2010).

A OMS (2006) define o abuso físico ao uso intencional da força física em relação a uma criança, a qual provoca dano na sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade. Traduz-se na agressão ou espancamento da criança, podendo esta apresentar vários tipos de traumatismos como, equimoses, hematomas, queimaduras, fraturas, sufocação, afogamento, intoxicação, traumatismos crânio-encefálicos, lesão interna de órgãos e envenenamento.

Neste âmbito inclui-se a criança abandonada que pode ser levado a cabo pelos pais ou por qualquer outra pessoa e possuir diversas manifestações. É a mais frequente por ser diagnosticada nas instituições de saúde, a responsável por uma elevada morbidade e incapacidade e a principal causa de mortalidade (Magalhães, 2010).

O abuso sexual pode traduzir-se no envolvimento da criança em práticas que visam a satisfação sexual de um adulto ou jovem mais velho, que exerce uma posição de poder ou autoridade sobre aquele, habitualmente sob coação ou ameaça. Inclui diversos tipos de atividades, desde o exibicionismo, a fotografia, os filmes pornográficos, o contacto com os órgãos sexuais, até à consumação do ato sexual ou outras práticas sexuais (Magalhães, 2010).

A OMS (2006) considera, neste tipo de abuso, os casos em que a criança é olhada como cúmplice em situações de violência sexual perpetrados contra ela, a violência sexual nas relações de intimidade, o casamento infantil e, ainda, as práticas culturais danosas, como a mutilação genital (Ribeiro, 2009).

No que diz respeito à definição de abuso sexual, é importante considerar que as situações abusivas podem ter, ou não, um carácter coercivo, verificando-se, ou não o recurso à ameaça física e/ou verbal (Browne; Finkelhor, 1986; Giarretto, 1982, Cit. por Carmo et al., 2002).

Define-se negligência como um:

“comportamento regular de omissão, em relação às solitudes necessárias à criança ou jovem não sendo proporcionada a satisfação das suas necessidades relativamente aos cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, afeto e saúde, do qual resulta um dano na saúde e desenvolvimento físico, emocional, moral ou social. Inclui diversas formas: intrauterina, física, psicoafetiva ou emocional, escolar, abandono e mendicidade” (Magalhães 2010, p.9).

Machado e Gonçalves (2002, p.21) consideram que a negligência surge aquando da “incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas

necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, saúde e vigilância”, imprescindíveis ao desenvolvimento, crescimento e bem-estar da criança /adolescente.

Azevedo e Maia (2006, p.33) afirmam que a negligência pode acontecer de maneira consciente por parte dos agressores, assim como desenrolar-se através de uma “manifestação de ignorância, falta de informação ou formação, pobreza ou incapacidade parental para proteger e cuidar das crianças e jovens”.

Magalhães (2010) define o abuso emocional como um ato de natureza intencional que se caracteriza pela falta ou omissão, persistente ou significativa, ativa ou passiva, de suporte afetivo e de reconhecimento das necessidades emocionais da criança/adolescente. Da qual resultam efeitos opostos no desenvolvimento e na estabilidade das competências emocionais e sociais, com diminuição da autoestima. Pode manifestar-se através de insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, intimações, hostilização, rejeição, desinteresse, discriminação, abandonos temporários, culpabilização, críticas e sujeição a participação em situações de violência doméstica extrema ou repetida.

Nas duas últimas décadas, este conceito aplicado às crianças foi aprofundado. Além dos padrões de comportamento envolvendo rejeição, isolamento, terrorismo, desconsideração e/ou corrupção e privação de resposta emocional foi acrescentada, a privação de saúde mental e física e a negligência educacional (Myers et al., 2002). Essa forma de violência é muito frequente e a menos identificada, pelo alto grau de tolerância social frente a esse tipo de abuso. Praticamente ninguém denuncia ou responsabiliza pais, parentes, professores, policiais e profissionais da saúde, entre outros, que desqualificam ou humilham crianças/adolescentes (Magalhães, 2005).

Vale a pena ressaltar, que este tipo de abuso, pode constituir a única forma de vitimização e coexistir em todas as outras situações de abuso anteriormente referidas. Devendo, não obstante, ser invocado sempre que ocorra (Magalhães, 2010).

Neste raciocínio, a violência psicológica passa quase despercebida, especialmente quando a marca física se faz visível.

O Síndrome de Munchausen por Procuração é a “situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sinais e sintomas que apresentam são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis” (Levy et al., 1986, p.31). Estes, vitimam a criança, aplicando-lhe sofrimento físico, solicitando exames desnecessários, uso de medicamentos sem motivo clínico e, ainda provocando-lhe danos psicológicos. É um transtorno falso, no qual a ação de simular ou produzir uma doença física ou psicológica é direcionada a um terceiro, na maioria dos casos, o(s)

filho(s), com o objetivo de obter atenção dos profissionais de saúde. É uma forma de violência pouco conhecida e também, pouco diagnosticada em Portugal. Esta síndrome afeta não só a díade mãe-filho, mas todo o espectro familiar, na medida em que existem sintomas físicos reais ou simulados e a gravidade da situação se torna maior (Ministério da Saúde, 2002).

A síndrome é difícil de ser diagnosticada pelos profissionais, entre outros fatores, pelo pouco conhecimento sobre a mesma, recorrente da escassa literatura existente sobre o assunto (Feldman; Brown, 2007) e da atitude do agressor em negar qualquer tipo de crime. Nesse sentido, Forsyth (1995), acredita que, quanto mais conscientes da síndrome os profissionais estiverem, mais casos serão diagnosticados.

Para uma melhor identificação das crianças e adolescentes em situação de risco, as entidades com responsabilidade nessa matéria, nomeadamente, a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) procuraram operacionalizar conceptualmente outras situações de perigo como: abandono e abandono escolar, exploração do trabalho infantil e mendicidade.

O abandono é um tipo de mau trato do qual a criança/adolescente é vítima logo no primeiro dia de vida, podendo ser abandonada em hospitais ou maternidades, fechada em casa e abandonada na rua, sem que as necessidades humanas básicas e a segurança sejam asseguradas (CNPCJR, 2005). As quais englobam fome, falta de proteção do frio, necessidade de cuidados de higiene e de saúde. As feridas e doenças várias e frequentes, são alguns dos sinais e sintomas, das crianças vítimas de abandono. O abandono escolar surge quando a criança/adolescente abandona o ensino básico obrigatório entre os seis e quinze anos de idade (CNPCJR, 2005).

Em Portugal, o DL 176/2012, veio estabelecer o alargamento da idade de cumprimento da escolaridade obrigatória até aos 18 anos e consagrar a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos cinco anos de idade.

A exploração laboral infantil inclui qualquer situação em que a criança/adolescente é obrigado a realizar trabalhos que estão para além dos seus limites, que deveriam ser efetuados por adultos, e que vão interferir nas suas atividades e necessidades escolares. Neste caso, deve-se ter em consideração indicadores como: a participação do menor em atividades laborais (de forma regular ou esporádica e o impedimento de participar em atividades escolares e sociais próprias da idade (CNPCJR, 2005).

Importa lembrar que a maioria das crianças/adolescente que trabalham antes da idade permitida por lei (Art. 66 do Código do Trabalho), encontram-se privadas de

cuidados básicos de saúde, educação, nutrição, proteção e segurança pela sua família (CNPCJR, 2005). As vítimas de exploração, muitas vezes, são simultaneamente, vítimas de maus-tratos e de violência física e psicológica no local de trabalho.

A mendicidade inclui a criança que de forma habitual ou esporádica é utilizada para mendigar ou, então, o realiza por vontade própria.

A complexidade do fenômeno da violência intrafamiliar e extrafamiliar contra a criança/adolescente necessita da articulação e do trabalho conjunto entre os diferentes setores da sociedade para se encontrar caminhos mais eficazes na prevenção, detecção e encaminhamento dessas situações (Gonçalves, 2003).

### *1.2.2 - Epidemiologia dos Abusos*

Precisar o número de crianças/adolescentes vítimas que estão expostas ao abuso no seio familiar “é um empreendimento complexo e controverso devido a uma variedade de razões conceituais e processuais” (Berman et al., 2004 p.151). Muitos dos dados estatísticos, nomeadamente, ao nível intrafamiliar apresentados pelas instituições, são estimativas calculadas com bases nas situações detetadas (Catarino, 2007).

É arriscado afirmar a incidência de casos de abuso, tendo em conta a vulnerabilidade da criança/adolescente, a sua dependência em relação ao abusador e a sua ocorrência ser em contexto familiar. Ao que se acrescenta, a legitimidade social da sua prática, especialmente se associada à prática educativa e às dificuldades de identificação e sinalização do abuso (Id, 2007).

No que se refere à identificação/sinalização ocorre subnotificação do abuso intrafamiliar contra crianças/adolescentes por:

- existência de um tipo de aceitação social da violência utilizada como justificativa de “educar”, especialmente quando não produz danos físicos visíveis e duradouros (Ramos, 2011);
- medo de se envolver e das reações do agressor (progenitores, familiares, cuidadores);
- crença a respeito do que acontece no ambiente familiar é privado, interessa apenas aqueles que fazem parte do ambiente e não deve ser tornado público;
- efeito das medidas adotadas, as pessoas não acreditam nos resultados da notificação.

Esta mentalidade precisa ser urgentemente revista, sobretudo, quando o abuso é uma forma de violência que se estabelece no interior das famílias é preciso desnaturalizá-la e denunciá-la, tratando-a como um desafio a ser superado e que é da responsabilidade de todos (Ramos, 2011).

As incongruências na classificação das mortes de infantis e a ausência de definições comuns do abuso fazem com que não existam dados nessa área para serem comparáveis a nível internacional (Magalhães, 2010).

O *Innocenti Report Card 5* (UNICEF, 2003, p.1) considera a existência de uma “uma convicção crescente de que a mortalidade infantil em consequência de maus-tratos se encontra sub-representada nas estatísticas disponíveis”. O mesmo relatório afirma que todos estes dados estatísticos devem ser tratados com prudência e defende a necessidade de se adotar, em todos os países, métodos de investigação consistentes para melhorar o processo de recolha de dados. Estas medidas permitem informar e orientar as políticas de proteção da infância/adolescência.

Anualmente, nos países desenvolvidos, o abuso infantil provoca 3.500 mortes de crianças com menos de 15 anos, sendo o grupo das mais pequenas o mais vulnerável. Os países como a Espanha, Grécia, Itália, Irlanda e Noruega têm, aparentemente, uma incidência de mortes infantis por abusos excecionalmente baixa. Em contrapartida, a Bélgica, República Checa, Nova Zelândia, Hungria e França têm níveis quatro a seis vezes superiores. Os Estados Unidos, o México e Portugal têm taxas 10 a 15 vezes mais elevadas do que os primeiros países referenciados (Unicef, 2003).

Os relatórios anuais de avaliação das atividades desenvolvidas pelas CPCJ evidenciam que as situações de perigo infantil e juvenil sinalizada nos últimos anos em Portugal, têm vindo a aumentar (CNPCJR, 2011, p.27). Essas situações incidem, maioritariamente, em cinco tipos: “negligência, exposição a modelos de comportamento desviante, situações de perigo que colocam em causa o direito à educação e abuso psicológico/ emocional e físico”. No que diz respeito às entidades sinalizadoras, por ordem decrescente, em 2011, as participações procederam dos estabelecimentos de ensino, das autoridades policiais, dos pais/cuidadores e das CPCJ (CNPCJR, 2011).

No primeiro semestre de 2013, as CPCJ acompanharam 53494 crianças/adolescentes, dos quais arquivaram 13294 (24,85%). Verifica-se uma diferença de menos 541 processos entre o total de processos ativos em 2012 (n=35628) e o número de processos que transitaram para 2013 (n=35087), esta diferença é inferior à registada no ano anterior (n=1877).

Do total de crianças/adolescentes caracterizadas 65,59% (n=35087) são crianças com processos transitados, 27,9% (n=14930) com processos instaurados, e 6,49% (n=3166) com processos reabertos (Quadro 1).

Quadro 1- Evolução do Fluxo Processual nas CPCJ

	T	%	I	%	R	%	G	Arq	%	A	%
1º Sem 2012	34832	50,47	14512	21,02	2822	4,08	52166	15054	21,81	37112	53,78
2º Sem 2012	33605	48,69	14637	21,21	3431	4,97	Sem dados	Sem dados		Sem dados	51,62
Ano 2012	33605	48,69	29149	42,24	6253	9,06	69007	33379	48,37	35628	
1º Sem 2013	35087	65,59	14930	27,9	3477	6,49	53494	13294	24,85	40200	75,14

T=Transitados; I= Instaurados; R= Reabertos; G= Global; Arq= Arquivados; A= Ativos

Fonte: CNPCJR, 2013, p.2

Em Portugal, em todos os escalões etários, o número de crianças/adolescentes do sexo masculino (54,1%) acompanhadas nas CPCJ no primeiro semestre de 2013 foi superior às do sexo feminino (45,9%) acompanhadas em igual período (Quadro 2).

Na análise por escalão etário destaca-se o dos 15 aos 21 anos (18571), que registou o maior número de crianças/adolescentes acompanhados, com 35,8% do total. Este escalão regista os valores mais altos em ambos os sexos apresentando diferença de 3,6% entre o sexo masculino e feminino, traduzida no acompanhamento de mais 1875 crianças/adolescentes do sexo masculino. Importa mencionar que dos 18571 jovens acompanhados neste escalão, 4976 jovens têm entre os 18 aos 21 anos (9,6% do total).

De notar que este escalão etário era o menos representativo no relatório do primeiro semestre de 2012. No entanto, no Relatório Anual de 2012 já se havia verificado a inversão da representação de escalões etários com o escalão etário dos 15/21 anos a assumir uma maior preponderância. Este resultado é confirmado nos dados do primeiro semestre de 2013 (CNPCJR, 2013).

O escalão etário dos 11 aos 14 anos (12197) surge em segundo lugar, representando 23,5% do total das crianças/adolescentes acompanhadas. Neste escalão etário a diferença de valores registados por cada um dos sexos atinge os 2,9%, o que se traduz no acompanhamento de mais 1529 crianças e jovens do sexo masculino (Id, 2013).

Em terceiro lugar no total de crianças acompanhadas, surge o escalão etário dos 6 aos 10 anos, com 21,0% (10897). Neste escalão são menores as diferenças de

valores percentuais e absolutos entre os dois sexos com mais 1,3% (6663) crianças e jovens acompanhadas do sexo masculino (Id, 2013).

Por último, o escalão etário dos 0 aos 5 anos representa 19,7 % (10222) do total de crianças acompanhadas. Saliente-se que, neste escalão etário, o número de crianças acompanhadas dos 0 aos 2 anos, 4364, (sexo masculino 2274; sexo feminino 2090) representarem 42,7%, menos de metade do total do escalão e 8,4% do total de crianças e jovens acompanhadas no primeiro semestre de 2013.

Como assinalámos a respeito do escalão etário 15/21 anos, verificamos a inversão da preponderância estatística dos escalões etários, quando comparado com o primeiro semestre de 2012, mas na linha do que se verificou no Relatório Anual de 2012. Assinale-se, porém, que o escalão etário dos 0-5 anos passa para 4º lugar, enquanto que, no relatório anual de 2012 era 3º (CNPCJR, 2013).

Quadro 2- Distribuição das crianças/adolescentes acompanhadas nas CPCJ em função do sexo e escalão etário

ESCALÃO ETÁRIO (ANOS)	1º SEMESTRE 2012					1º SEMESTRE 2013				
	F	%	M	%	Total	F	%	M	%	Total
0-5	8693	48,18	9348	51,82	18041	5038	49,28	5184	50,72	10222
6-10	7095	45,01	8665	54,99	15760	5117	46,95	5780	53,05	10897
11-14	8345	45,79	9876	54,11	18221	5334	43,73	6863	56,26	12197
15-21	5208	47,54	5746	52,46	10954	8348	44,95	10223	55,05	18571

Fonte: CNPCJR, 2013,p.6

Esta breve análise epidemiológica constitui um incentivo à reflexão sobre a abrangência desta problemática e sobre a intervenção de enfermagem a realizar em prol da proteção e promoção dos direitos da criança/adolescente.

### 1.2.3 - Fatores de Risco

A compreensão da evolução histórica, conceito e tipologia e contextualização epidemiológica do abuso à criança/adolescente, permitiu-nos questionar sobre os fatores e os mecanismos que contribuem para a sua ocorrência. Conhecer esses fatores facilita a identificação dos indivíduos em perigo e o delinear de estratégias que visem a redução dos riscos (Matos; Figueiredo, 2001) e a atuação a jusante e a montante das situações de abuso (Dias, 2004).

Os fatores são condições, elementos ou indicadores que propiciam as situações de abuso, aumentando a sua probabilidade de ocorrência quando ocorrem em simultâneo. A natureza desses indicadores é múltipla, podendo ser de ordem individual - pais/educadores, criança/adolescente, desenvolvimento/crescimento - e contextual - social, cultural, económica, familiar, experiências de vida específicas ou do ambiente - (Martinet, 2007).

Os indicadores inerentes aos pais/educadores englobam:

- as dependências, como o alcoolismo e as toxicodependências;
- as perturbações de saúde física e mental, com antecedentes de comportamentos desviantes, alterações da personalidade - imaturidade, impulsividade, baixa autocontrolo e autoestima, reduzida tolerância à frustração e vulnerabilidade ao stress;
- a incoerência nas atitudes educativas, antecedentes de abuso infantil, idade muito jovem, especialmente materna, gravidezes muito próximas e perturbações no processo de vinculação;
- o excesso de vida social ou laboral que dificultam o estabelecimento de relações positivas com os filhos;
- o baixo nível social, económico e cultural;
- o desemprego e a falta de conhecimentos sobre o processo de desenvolvimento da criança/ adolescente (Magalhães, 2005).

A relação entre pais e/ou educadores e criança/adolescente pode ser influenciada pela presença de uma ou mais dos seguintes indicadores inerentes à própria criança/adolescente:

- vulnerabilidade intrínseca à idade e necessidades;
- personalidade e temperamento desajustados aos pais;
- dificuldades em gerir as emoções;
- prematuridade e baixo peso ao nascimento;
- perturbação de saúde mental e física;
- idade inferior a três anos;
- sexo;
- fruto de gravidez não desejada;
- crianças gémeas;
- a não correspondência às expectativas dos pais;
- deficientes ou portadoras de doença crónica e crianças com insucesso escolar tornam-na mais vulnerável à vitimização (Magalhães, 2005);
- a influência do grupo de pares, raça, religião e os media (Miller; Fox, 1987).

Dos indicadores do contexto familiar destaca-se as fontes de tensão familiar, a gravidez indesejada, a tipologia familiar- monoparental, reconstruída com filhos de outras relações, numerosas, ou destruturadas, em que existe disfuncionalidade conjugal ou situações de crise - e famílias com graves problemas socioeconómicos e habitacionais (Magalhães, 2005). Em relação ao contexto familiar realça-se os estudos desenvolvidos por:

- Weinraub e Wolf (1987 Cit. por Nunes 2009) referem que a existência de um só elemento cuidador, associada ao nível económico, ao baixo suporte social e aos altos níveis de stresse a que os pais estão sujeitos, podem ter consequências negativas na criança/adolescente.

- Baer (1999, Cit. por Sousa, 2005) encontrou diferenças significativas nos níveis de conflito entre famílias monoparentais e nucleares, referindo que nas primeiras a comunicação era percebida pela criança como menos satisfatória. E ainda, acrescentou que a vulnerabilidade acrescida das famílias monoparentais leva à deterioração da função parental. Neste contexto, os filhos podem não ter a segurança básica pelo que interiorizam modelos inseguros de vinculação, que dificultam o processo de autonomização e a tranquila exploração do meio envolvente. Nestes casos descreveram a fragilidade destas crianças ao nível da saúde física e do bem-estar emocional.

O abuso está particularmente associado, quer a um clima de violência familiar, quer à disfunção da relação entre pais e filhos. Certas crianças/adolescentes ao vivenciarem um familiar violento, tendem a adotar os mesmos comportamentos nas relações interpessoais que estabelecem com os pares (Peixoto, 2007).

- Sudbrack (1996) identificou como indicadores de risco para o adolescente os padrões rígidos de disciplina, a falta de negociação com os adolescentes, os comportamentos aditivos, o desconhecimento sobre adolescência, a falta de orientação e controlo e a pressão para o trabalho.

Dos indicadores do contexto social e cultural, Magalhães (2005) apontou como fator de risco a atitude social, sendo exemplos:

- a criança ao ser considerada propriedade, o valor, direitos e deveres atribuídos, e as preocupações socio políticas sobre a infância;

- a família ao destacar o direito de proteção e privacidade, considera o ambiente familiar como a melhor escolha para a criança/adolescente viver, o poder paternal ser visto como dever ou direito;

- a atitude violenta, realçando a moldura penal e as características das redes de apoio à vítima.

Magalhães (2005), fundamentando-se em Furniss (1991) e Briere (1992) pela importância que atribuem à avaliação da gravidade do abuso, considerou os fatores de intensificação do trauma, como o(a):

- “início precoce;
- duração e frequência do abuso;
- grau de violência envolvida;
- ocorrência de penetração vaginal ou anal, no caso de abuso sexual;
- ocorrência de abusos múltiplos por diferentes indivíduos;
- diferença acentuada entre as idades do abusador e da vítima;
- grau de secretismo estabelecido entre o abusador e a vítima”(Id, p.47).

Diversos estudos, dos quais se destaca os realizados por Atkinson e Hills (1998); Duncan e Brooks-Gunn, (1997); Luthar (1999); McLoyd (1998); Bynner (2001); Nelson et al. (2007), apontam os seguintes preditores de problemas comportamentais da criança/adolescente, quando realizados por progenitores, familiares ou cuidadores:

- transtornos de conduta;
- transtorno desafiador opositivo;
- comportamento disruptivo;
- problemas externalizáveis.

Esses estudos também, apontam como razoáveis/bons preditores do futuro da criança/adolescente, o tipo de pais e o desenvolvimento de comportamentos sociais.

A identificação dos fatores de risco tem subjacente modelos orientadores de intervenção. É o que sucede com o modelo organizacional desenvolvido por Belsky (1980, Cit. por Magalhães, 2010), baseado nos conceitos de Bronfenbrenner (1974), que descreve quatro níveis ecológicos a considerar nas situações de abuso à criança/adolescente, enfatizando em cada um deles um conjunto de fatores de risco:

- microsistema, refere-se ao meio familiar, por constituir o mais imediato contexto onde ocorrem os abusos, onde se salienta tipo de interações desenvolvidas entre a criança e os pais, os conflitos conjugais, a adaptabilidade e a coesão das relações familiares (Martinez Roig; Paul, 1993);

- mesossistema que inclui as inter-relações entre dois ou mais elementos no qual a pessoa e a família têm participação ativa (Garbarino, 1992);

- exossistema no qual a família não interage diretamente, mas incluem por exemplo, as redes de apoio social e no qual se destaca como fatores de risco o stress provocado pelo emprego ou desemprego (Azevedo; Maia, 2006);

- macrosistema influencia os demais sistemas. É composto pelo padrão global de ideologia e organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou subcultura (Bronfenbrenner, 1996).

Este modelo tem a virtualidade de situar o abuso de criança/adolescente nos distintos contextos onde ocorrem, atribuindo ênfase, ao nível da intervenção e aos fatores de risco associados especificamente a cada um deles. Belsky (Cit. por Azevedo; Maia, 2006) na análise e na intervenção deste fenómeno, as variáveis de ordem individual, do contexto formal e informal das famílias abusivas, e ao mesmo tempo, compreender como é que esta última influencia os restantes níveis ecológicos.

### **1.3- Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros**

A promoção dos direitos e a proteção da criança/adolescente em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007, p.17) “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação do direitos da criança” em relação à sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, por isso a deteção precoce de crianças em risco é sem dúvida a melhor forma de prevenir o perigo potencial, que leva a situações de abuso.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) explicita a enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (DL n° 104/98, p.1754). Esta atuação pretende que os clientes individuais (criança/adolescente) e de grupo (família/comunidade) mantenham, melhorem e recuperem a saúde e a sua máxima capacidade funcional.

As intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, no âmbito dos três níveis de prevenção tendem para que os clientes adotem estilos de vida saudáveis. Neste contexto, os enfermeiros são confrontados com famílias que necessitam de auxílio na aquisição de competências parentais. É necessária para a sua efetivação uma filosofia de prestação de cuidados centrados na família, por forma a “ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental, parece-nos construir uma dimensão pró-ativa e construtivista dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde (Silva, 2011, p.920).

O enfermeiro para ajudar a promover um desenvolvimento infantil adequado, deve interagir de acordo com a estrutura, funções, papéis e expectativas familiares e os comportamentos e valores da sociedade onde está inserida (Lima, 2009). E,

simultaneamente apoiar as “crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspetos primordiais” (DGS, 2013, p.10).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria assume um papel relevante na adaptação dos clientes às mudanças de saúde e na dinâmica familiar. Para tal, necessita de ter a competência (conhecimento e habilidades) para antecipar e responder às necessidades da criança/adolescente, família e comunidade (OE, 2010).

A performance profissional, deste especialista, permite maximizar o potencial do desenvolvimento humano, a gestão do bem-estar, a deteção precoce, o encaminhamento das situações de perigo, a promoção da autoestima e a tomada de decisão à saúde (OE, 2010). Aspetos reforçados por Almoarques et al. (1999) que salienta, nestes profissionais a capacidade para reconhecer as situações de risco e/ou evidências que indiquem situação de abuso, participar no processo de colheita de dados, estimular a manutenção do vínculo afetivo com a família, preservar a ética e proteger da manifestação de preconceito e violência e orientar familiares nos cuidados básicos de saúde, a partir dos focos de atenção de enfermagem.

As intervenções de enfermagem concretizam-se, na área de cuidados de saúde primários, nas seguintes atividades/programas dirigidos ao cliente individual e/ou grupos: visita domiciliária (VD), consultas de saúde infantil e programas de saúde escolar (DGS, 2002).

Os enfermeiros têm a possibilidade de identificar as situações de risco, encaminhar as crianças vítimas de abuso e promover a saúde da criança, através da VD de enfermagem ao recém-nascido (após a alta hospitalar), das consultas de enfermagem no âmbito da vigilância de saúde da criança, integradas no cumprimento do programa de saúde infantil e juvenil, desde o nascimento até à adolescência, e dos estímulos para cumprimento do plano nacional de vacinação, até aos programas de saúde escolar, desenvolvidos em parceria com os estabelecimentos de ensino dos vários níveis (OE, 2009).

A DGS, em 2002, valorizou a VD de enfermagem quando ampliou os recursos humanos e materiais para a tornar uma realidade, por a considerar um elemento básico da vigilância e de promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco.

A VD permite conhecer a dinâmica familiar com enfoque nas relações estabelecidas entre os seus membros, as condições económicas e habitacionais, os

recursos e apoios da família e identificar as competências parentais que coloquem a criança/adolescente em risco (Kulik et al., 2011).

A consulta de enfermagem, até aos 15 dias de vida, sendo um dos momentos, da prática de enfermagem, que proporciona informações ou indicadores para conhecer a família - por exemplo, estruturas, funções - identificar/avaliar os fatores individuais, familiares e contextuais de risco e estabelecer medidas preventivas dirigidas à criança/adolescente vítima ou em risco de abuso. Ainda, durante a sua avaliação o enfermeiro deve conjugar os dados subjetivos e/ou objetivos observados e/ou facultados pelos pais e/ou cuidadores no relato da história clínica (Algeri, 2007; Kalik, 2011).

Os programas de saúde escolar permitem fomentar a saúde individual e coletiva que advém “da educação, do comportamento e estilos de vida, da gestão da doença crónica e aliança terapêutica, como reforço do poder e responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva” (PNS, 2011-2016, p.3). As atividades destes programas devem apoiar-se em intervenções baseadas na evidência científica, dirigidas em particular a crianças e adolescentes (Gaspar et al., 2009; Pinto et al., 2009; WHO, 2010) e em práticas e estratégias que permitam modificar comportamentos de risco visando a promoção do bem-estar e segurança infantil e juvenil.

A Educação para a Saúde (EPS) ultrapassa a abordagem informativa, pois implica a aquisição de atitudes e comportamentos saudáveis. As práticas e estratégias utilizadas podem favorecer a reversão de atitudes e experiências em benefício do bem-estar individual, familiar e da comunidade e facilitar o autoconhecimento e o conhecimento do ambiente (Mosquera; Stobaus, 1984).

O desenvolvimento da EPS conjugada com a promoção de competências assertivas nos clientes podem aumentar a sensibilização e exercer uma influência positiva sobre os comportamentos de risco (Brito, 2009). Corroborando esta ideia, Ferreira (2008) e Ferreira (2011) acrescenta que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários deve focar-se na saúde da comunidade, dada a posição favorável e única em que se encontra para promover a saúde das crianças e adolescentes, individualmente e/ou grupo. A vulnerabilidade destes, faz com que sejam considerados alvos ideais para os programas de prevenção (Breda, 2010; Simões, 2001, Cit. por Fernandes, 2012).

A abordagem da criança/adolescente vítima de abuso e suas famílias requer:

- “um programa de atuação de enfermagem no abuso infantil deve estar inserido na vigilância de saúde infantil, cuja finalidade é recolher de forma

sistemática as atuações a realizar nos casos de abuso e uniformiza-las” (DIAZ HUERTAZ et al., 2001, Cit. por Catarino 2007, p.56);

- uma atitude de genuína empatia, respeito e amabilidade pois, na maioria das vezes, a intervenção pretende a reorganização dos vínculos familiares (Brasil, 2002; SBP/FIOCRUZ/MJ, 2001).

Gary e Humphreys (2004) consideram que essas características dos enfermeiros são essenciais para estabelecer a relação terapêutica com os seus clientes, pois é sua função primordial educar a população em todas as oportunidades e contatos possíveis, contribuindo desta forma para a prevenção do fenômeno da violência intrafamiliar (Mosquera; Strobaus, 1984).

Na área do abuso infantil, os programas de EPS englobam cinco áreas de atuação:

- Formação, em que os cursos tinham como objetivo a aquisição de conhecimentos sobre a infância, os indicadores de risco e de abuso e as técnicas da abordagem de intervenção integral na infância/adolescência;

- O registo de casos de risco e abuso infantil, tendo para o efeito a criação de uma folha de identificação com os indicadores de abuso infantil, permitindo um registo rápido e fiável dos mesmos;

- O diagnóstico e intervenção especializada que permite a identificação dos casos suspeitos e a avaliação da amplitude das lesões na criança/adolescente maltratada e a recuperação dos núcleos familiares quando possível;

- A prevenção, assentando especialmente em momentos da vida mais favoráveis como a gravidez, o nascimento e os primeiros anos de vida que requer um maior acompanhamento no desenvolvimento e crescimento da criança/adolescente.

- A elaboração de guias orientadores (Catarino, 2007; DGS, 2013).

Nas situações de abuso infantil, a VD, a consulta de enfermagem e os programas de saúde escolar desempenham um papel primordial, por constituírem momentos ideais para o desenvolvimento das competências e de comportamentos/attitudes saudáveis dos clientes, em função da sua realidade.

Na situação de abuso a natureza dos condicionantes facilitadores ou inibidores é diversificada e interrelacionada podendo ser sistematizada em três dimensões: individual, profissional e problemática inerente ao abuso.

A dificuldade em identificar e gerir as situações de abuso, como um condicionante de natureza individual, surge associada a sentimentos de incerteza, raiva, projeção, ansiedade e impotência parecendo estar relacionados a mecanismos de defesa, do profissional, para minimizar o seu sofrimento (Silva, 2011).

Neste sentido, os enfermeiros têm que

“possuir capacidade de relacionamento interpessoal - vida profissional e pessoal estabilizada; capacidade de aceitar os outros sem preconceitos; sociabilidade; interesse ativo pelas pessoas e pela procura de novas soluções; capacidade de se interessar pelos problemas das famílias sem se deixar envolver pessoalmente- e mestria cultural - conhecimentos sobre a forma como os fatores culturais influenciam o aparecimento da ocorrência de abusos; compreensão do conceito de família em cada cultura e das diferentes opções de vida baseadas nos fatores culturais” (Magalhães, 2005, p.105).

Essa mesma dificuldade pode surgir relacionada às condicionantes profissionais oriundas:

- do posicionamento dos profissionais, muitas vezes, interposto pelo medo e desconhecimento da magnitude da situação e/ou impacto social na vida da criança/adolescente e família;

- da formação, pela necessidade do enfermeiro se apropriar de um referencial teórico e analítico que permita a compreensão da problemática, da sua complexidade e das suas diferentes formas de manifestação. Essa formação pode ser obtida através da educação contínua em serviço (Silva et al., 2011). Magalhães (2005, p.105) sugere a existência de formação específica de forma a dotá-los de capacidade de técnica e experiência (inclusão desta matéria no currículo do curso; cursos e ações de formação; estágios);

- do trabalho em equipa interdisciplinar que envolve profissionais da saúde, educação e autoridades legais e requer transversalidade do conhecimento, políticas e práticas sociais na operacionalização técnica das intervenções sustentadas em programas e projetos que ultrapassam as instituições (Magalhães, 2005; Marsland,1994, Cit. por Scherer, 2000; DGS, 2011);

- dos recursos humanos e materiais disponíveis (Magalhães, 2005);
- das modalidades de avaliação da validade e fiabilidade dos programas.

E, por último, essa dificuldade pode relacionar-se com condicionantes inerentes à problemática do abuso, nomeadamente de natureza técnica e ética, sendo exemplos:

- a complexidade dos modelos explicativos do abuso infantil;
- o relativo desconhecimento dos “verdadeiros” fatores que atuam em cada uma das situações e a limitada capacidade de prever e detetar os supostos fatores de risco (Silva, 2011);
- o facto de muitos dos potenciais agressores, na realidade, não concretizar o abuso;

- o perigo de se violar a privacidade da criança/adolescente e/ou família (Canha, 2003; Alberto, 2006; Azevedo; Maia, 2006).

A complexidade das situações de abuso levou à construção, para os profissionais, de um fio condutor facilitador do desenvolvimento de capacidades e potencialidades da criança/adolescente (DGS, 2013) e do seu registo de notificação. Este tem um cariz de obrigatoriedade que se justifica pelos danos causados à saúde da vítima, pelo aspeto criminal do abuso e, sobretudo por ser um instrumento de proteção e defesa das crianças e adolescentes vitimizados (Maranhão, 2005; Silva, 2006; Cunha, 2007).

Esta complexidade, intrínseca às situações de abuso e ao nível de conhecimento, atual, sobre as mesmas condicionam a intervenção dos profissionais de saúde, antes da sua ocorrência. Deste modo, desenvolver uma estratégia preventiva com eficácia e sustentada na etiologia das situações de abuso, é uma tarefa difícil, mas prioritária (Paul; Arrubarrena, 1996; Magalhães, 2010). Essa estratégia pode ser descrita em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Caplan, 1964; Magalhães, 2005; Alberto, 2006; Azevedo; Maia, 2006).

A prevenção, no geral, engloba um conjunto de estratégias que tem como objetivo evitar o aparecimento de comportamentos pouco saudáveis e desajustados, proteger e apoiar os sujeitos que estão na eminência de assumir comportamentos de risco e por último, recuperar e reinserir os que já estão em perigo ou foram vítimas, isto é, que apresentam comportamentos problema (Matos et al., 1997). Neste sentido, prevenir é uma atuação de enfermagem nobre e por outro lado difícil, mas deve estar sempre na primeira linha do desempenho profissional (Leandro, 1999).

A prevenção primária tem como alvo a população em geral e a atuação antes de qualquer manifestação de abuso, considerando as situações sociais, económicas, familiares, entre outras. Para tal, é necessário que se desenvolvam ações no âmbito da investigação, formação profissional e sensibilização/informação pública; das alterações e dos ajustamentos do enquadramento legal e da criação de serviços específicos (Canha, 2000). Estas ações têm como finalidades:

- reduzir as situações que favoreçam o aparecimento de comportamentos aditivos, a eliminação da pobreza e a redução de gravidezes indesejadas e a redução de situações de isolamento social (Id, 2000).

- modificar as atitudes existentes na sociedade perante o uso de castigos físicos, a redução de relações familiares violentas e aumentar o conhecimento sobre as necessidades reais, tanto físicas como psíquicas, das crianças/adolescentes.

Prevenir implica que se atue para um todo, considerando os diferentes sistemas do desenvolvimento humano (Brofenbrenner, 2002) independentemente da existência ou não de fatores de risco (Azevedo e Maia, 2006; Alberto, 2006), isto é:

“ dar ênfase comunitária e ser interdisciplinar, ser proactiva e interconectar os diferentes aspetos da vida das pessoas com uma orientação biopsicossocial, utilizar a educação e as técnicas sociais mais que as individuais, dirigir-se no sentido de dotar as pessoas dos recursos ambientais e pessoas para que enfrentem por si mesmas os problemas e promover a existência de contextos sociais justos” (Casa 1994, Cit. por Paul; Arruabarrena, 1996, p.330).

Esta perspectiva é ambiciosa e generalista e os resultados só podem ser avaliados a longo prazo. Porém, a sua aplicação levaria à redução do risco que produz situações de desproteção e à melhoria da qualidade de vida na infância e adolescência (Paul; Arruabarrena, 1996).

Os programas que integrem, a prevenção primária, devem fornecer à criança/adolescente as ferramentas que lhes possibilitem reconhecer e evitar as situações de perigo. É imprescindível que os enfermeiros:

- estabeleçam uma relação de proximidade com a criança/adolescente nos locais que frequenta, por exemplo, instituições escolares e associações desportivas;
- construam espaços de reflexão à volta da problemática dirigida aos familiares, nos quais se veicula informações, nomeadamente, sobre as características de uma situação de perigo, as consequências e a intervenção preconizada (Canha, 2003; Alberto, 2006);
- orientem a família para o desenvolvimento da criança/adolescente de forma a favorecer a vinculação entre eles (Gonçalves, 2003).

Os enfermeiros, elementos da equipa multidisciplinar, são essenciais na identificação de situações de risco e/ou vítima de abuso, pela posição privilegiada que possui na relação com a comunidade e pela autonomia na tomada de decisão para a resolução dessas situações (Algeri, 2007).

A prevenção secundária pretende identificar e prestar serviços a grupos sociais de risco, no sentido de evitar o aparecimento de fatores psicossociais, familiares e/ou individuais que conduzam ao problema (Caplan, 1964; Paul e Arruabarrena, 1996; Magalhães, 2005; Alberto, 2006; Azevedo e Maia, 2006). Esta prática preventiva requer dos enfermeiros a capacidade em prever comportamentos agressivos de um sujeito ou família com elevada probabilidade de ser agressor de uma criança/adolescente (Azevedo; Maia, 2006).

No âmbito da prevenção secundária, os enfermeiros podem desenvolver intervenções autónomas e interdependentes para capacitar os pais - conhecimento e habilidades - no sentido de lidarem melhor com as exigências da parentalidade e a gestão das situações de stress associado ao desempenho do papel parental; fortalecer os laços de vinculação; orientar os pais de filhos que apresentem necessidades educativas especiais e encaminhar, todos os membros da família, para os serviços sociais e de saúde (Paul; Arruabarrena, 1996).

É desejável, que todo investimento em ganhos de saúde da sociedade seja focalizado na implementação de estratégias preventivas a nível primário e secundário, para se traduzir num menor número de situações de abuso. Porém, a realidade atual não se revê nesse quadro, uma vez que grande parte desses esforços se situa na prevenção terciária. Esta tem o intuito de reduzir a duração do abuso e a gravidade das sequelas, reabilitar e inserir na comunidade a criança/adolescente (vítima) e a família (Canha, 2003; Alberto, 2006; Azevedo; Maia, 2006).

Nesse contexto, torna-se questionável a utilização do termo prevenção, porque as intervenções desenvolvidas neste nível surgem após a situação de abuso ter ocorrido. Contudo, ao ser impedida a recorrência e/ou reprodução de situações de abuso implicitamente os enfermeiros previnem um conjunto de consequências oriundas dessas situações (Paul; Arruabarrena, 1996).

As intervenções de enfermagem, na prevenção terciária, devem garantir a segurança e integridade física e psíquica da criança/adolescente vítima de abuso, para evitar a revitimização ou cronicidade do abuso (Canha, 2003; Alberto, 2006; Azevedo; Maia, 2006). E ainda, considerar como alvo da atenção os sujeitos de alto risco, com história de situações de abuso anterior, por serem potenciais agressores, pois a sua condição vulnerável de vítima pode transformar-se numa forma de abuso como agressor (Paul; Arruabarrena, 1996).

Estes três níveis de prevenção têm de ser desenvolvidos numa perspectiva integrada para combater o abuso. As estratégias a implementar, devem basear-se na realidade de cada criança/adolescente, família e comunidade, de forma a promover alterações culturais, normativas e económicas, necessárias para evitar ambientes disfuncionais e potenciadores de abuso (Reis, 2009).

Em suma, a prática dos enfermeiros nas situações de abuso, deve estar pautada pelo romper do silêncio e da acomodação profissional e pela compreensão das contradições das relações de poder constitutivas de uma ordem social hierárquica e desigual, na qual se mesclam relações de género, classe, raça, idade, entre outras (Catarino, 2007).

Destacamos, a responsabilidade do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, em zelar pelo bem-estar da criança/adolescente, inserida numa família e comunidade, através “prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupo) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (DL nº437/91, p.5725).



## **2- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Uma das fases mais importantes de qualquer trabalho de investigação consiste na definição metodológica, pois inclui todos os elementos que ajudam a conferir à investigação um caminho ou direção (Freixo, 2011).

A sociedade evoluiu graças aos progressos da investigação nas diferentes áreas do saber, a que a Enfermagem enquanto ciência e profissão não ficou alheia. A investigação em enfermagem permite obter respostas às questões colocadas pelos profissionais na sua prática diária, no sentido de descobrir novos saberes essenciais à qualidade dos cuidados à atualização de técnicas e protocolos implementados e ao aperfeiçoamento das competências dos enfermeiros (Fortin, 2009).

Neste capítulo apresenta-se a parte empírica do trabalho, onde damos a conhecer a metodologia utilizada, descrevemos os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas.

### **2.1 - Justificação e finalidade do estudo**

As modificações que têm ocorrido nas sociedades têm contribuído para a melhoria na resolução da problemática do abuso à criança e ao adolescente, apesar da violência sempre ter feito parte da experiência humana e de, por vezes, as exigências no retorno imediato no investimento público inviabilizarem a implementação de programas de prevenção, deste tipo de situações.

É fundamental a implementação sistemática de instrumentos que permitam ganhos na prevenção, deteção e diagnóstico precoce e nas tomadas de decisão ao nível de um plano de intervenção interdisciplinar para cada criança, numa perspetiva integral, valorizando todas as suas dimensões, psicológica, biológica, social, cultural e espiritual, tendo ainda em conta a família e o meio social envolvente (Penha, 1996). Contudo, constatamos que o diagnóstico e a intervenção nas situações de abuso à criança/adolescente nem sempre são fáceis. A frequência e a gravidade dos casos que surgem diariamente comprovam estes factos. Reconhecendo-se a deteção

destas situações como uma exigência social, ética e legal e assume-se que todo o processo de proteção da infância constitui uma prioridade fundamental (Azevedo; Maia, 2006). Como enfermeira na área da saúde infanto-juvenil e membro do NACJR, temos uma responsabilidade acrescida ao nível da promoção de mudanças positivas na comunidade onde nos inserimos, em matéria de educação para a saúde sobre a criança de risco e o abuso infantil e na melhoria da intervenção.

Os CSP são um dos espaços mais relevantes à efetividade das medidas de prevenção e controlo dos fatores de risco e de potencialização dos fatores protetores dos abusos infantis (Catarino, 2007). As atividades desenvolvidas propiciam momentos que permitem a observação dos sinais de abuso ou negligência na criança e os enfermeiros detêm uma posição privilegiada para detetar essas situações. Assim, não devem demitir-se de ser promotores de bem-estar infantil e de assumir um papel ativo na prevenção e diagnóstico do abuso. Importa considerar que podem haver fatores que interferem com a sua capacidade para identificar e sinalizar os abusos nas crianças como o medo dos profissionais e o desconhecimento da real magnitude (Magalhães, 2010).

A decisão de estudar as práticas, comportamentos e conhecimentos dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso está relacionada com a atividade exercida enquanto enfermeira no NACJR, a preocupação revelada pelos colegas em lidar com esta problemática e o interesse em cooperar na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a crianças/adolescentes.

O estudo tem como finalidade contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente, visando minimizar a perpetuação das situações de abuso.

## **2.2 - Questão de Investigação**

O primeiro desafio que se coloca ao investigador é o de conseguir exprimir o que se apresenta como um foco de interesse ou uma dificuldade com a qual se defronta e que pretende resolver através de uma investigação pertinente, exequível e explícita. A clarificação do problema através da formulação da pergunta de partida permite ao investigador “exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy; Campenhoudt, 2008, p.32).

Neste sentido, as questões de investigação definidas, foram as seguintes:

- Quais as práticas e comportamentos dos Enfermeiros de CSP face a abordagem das crianças e adolescentes vítimas de abuso?
- Quais os conhecimentos dos enfermeiros relativos ao abuso às crianças e adolescentes?
- Quais as necessidades formativas dos enfermeiros sobre abuso infantil?

## 2.3 - Objetivos

O objetivo é “a principal intenção de um projeto, ou seja corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa; Baptista, 2011, p.25-26).

Os objetivos que norteiam este trabalho são:

- Identificar as práticas dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso;
- Identificar os comportamentos dos enfermeiros perante a criança e adolescente vítima de abuso;
- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre abuso infantil;
- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros sobre abuso infantil.

## 2.4 - Tipo de Estudo

O estudo assentou no paradigma quantitativo, de natureza exploratória, descritiva e correlacional e transversal.

Um estudo exploratório “procura conhecer melhor os fenómenos em estudo (...) tentando indagar as características dos conhecimentos ou situações. Explora-se uma determinada realidade por pouco que se conheça sobre ela” (Oliveira, 2002, p.15).

A investigação descritiva tem por objetivo “descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação” (Fortin, 2009, p.34). Baseia-se numa recolha constante de dados numa amostra representativa de uma

determinada população e visa “conseguir uma explicação do problema com a maior quantidade de pormenores possíveis” (Oliveira, 2009).

De acordo com Fortin (2009, p.244) “o estudo descritivo-correlacional tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las”. Neste estudo, o investigador está muitas vezes em presença de variáveis de que ignora quais podem estar associadas entre si. “O estabelecimento de relações entre as variáveis permite circunscrever o fenómeno estudado” (Id, 2009, p.244).

A abordagem do estudo relativamente ao tempo é do tipo transversal, pois a colheita de dados ocorreu num único momento do tempo e o seu objetivo era avaliar a frequência de um acontecimento e dos seus fatores de risco numa determinada população (Fortin, 2009; Oliveira, 2009). A opção por um estudo do tipo transversal prende-se com o tempo previsto para a sua realização.

## 2.5 - População

A população alvo é o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações, sendo a população acessível os casos que estão ao seu alcance para participarem no estudo, e que cumprem os critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Para a presente investigação, a população alvo foram os enfermeiros que exercem a atividade profissional nos CSP, em Portugal. Sendo impossível estudar toda a população, considerou-se como população acessível, os enfermeiros dos CSP do ACES Grande Porto VII-Gaia.

Não houve necessidade de identificar uma amostragem, dado a população acessível, ser pouco extensa (91 enfermeiros) e ter a possibilidade de ser toda estudada. Entende-se por amostragem “o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada” (Fortin, 2009, p.213).

Definimos como critérios de inclusão no estudo, os enfermeiros prestarem cuidados às crianças e adolescentes nos CSP.

A população foi constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar na investigação num total de 91 participantes.

## 2.6- Instrumento e Procedimento de Recolha dos Dados

Num estudo quantitativo, o questionário é um dos métodos de colheita de dados mais utilizado, uma vez que permite abranger um número alargado de informantes (Fortin, 2009), manter o anonimato e, ainda, é um meio rápido e económico de obter informações.

Neste estudo utilizámos o questionário de Catarino (2007) “Mau Trato Infantil Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros” (Anexo III).

O instrumento é constituído por perguntas abertas, fechadas e mistas, sendo composto por três partes:

- A primeira inclui as questões necessárias à caracterização sócio - demográfica e profissional dos enfermeiros (Questão 1 à 10) operacionalizadas da seguinte forma:

- **Idade** - questão aberta.
- **Género** - pergunta fechada, duas categorias: masculino e feminino.
- **Estado Civil** - pergunta fechada categorizada em: solteiro, casado/ união de facto, separado/divorciado e viúvo.

- **Filhos** - pergunta dicotómica: sim ou não. Aos inquiridos que responderam sim, foi solicitado que mencionassem o número de filhos e quais as respectivas idades.

- **Habilitações Académicas** - questão de resposta mista com as seguintes opções de resposta: bacharelato ou equivalente legal, licenciatura ou equivalente legal, mestrado e doutoramento. Em relação às duas últimas opções foi solicitada a indicação da designação da formação.

- **Formação** - questão fechada com duas opções de resposta: pós-graduada, especializada.

- **Categoria Profissional** - pergunta fechada com quatro opções de resposta: enfermeiro(a), enfermeiro(a) graduado(a), enfermeiro(a) especialista e enfermeiro(a) chefe.

- **Local onde exerce funções** - pergunta fechada com oito opções de resposta: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado - sede, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado- extensão, Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Cuidados na Comunidade, Centro de Diagnóstico Pneumológico, Centro Médico de Canidelo e outro.

- **Tempo de Exercício Profissional** - desdobrado em duas questões abertas que permitiram identificar o tempo de exercício profissional na função e o tempo de exercício profissional nos CSP.

- A segunda parte do instrumento de colheita de dados inclui uma escala composta por 25 itens que visam colher os dados relacionados com as práticas e comportamentos dos enfermeiros na deteção e prevenção do abuso infantil e na promoção do bem-estar e segurança infantil. Engloba, igualmente, questões que pretendem colher a informação necessária ao conhecimento das situações de perigo identificadas pelos participantes que afirmaram já terem contactado com crianças vítimas de mau trato.

A escala “Práticas e comportamentos dos enfermeiros no mau trato infantil”, apresenta-se sobre a forma de afirmações e pretende que os participantes respondam sobre a frequência das suas práticas e comportamentos na deteção e prevenção do abuso infantil e na promoção do bem-estar e segurança da criança. É uma escala do tipo Likert, com cinco pontos, correspondendo o 1 a nunca, o 2 a poucas vezes, o 3 a algumas vezes, o 4 a muitas vezes e o 5 a sempre. Todos os itens foram construídos no sentido positivo, pelo que quanto mais alta for a pontuação, mais frequentemente são realizados, pelos enfermeiros, as práticas e comportamentos corretos, face aos abusos infantis. A escala é composta por quatro subescalas:

- Promoção do bem-estar e segurança infantil (PBESI) - 9 itens (2,3,4,5,6,12,13,14,21);

- Prevenção terciária (PT) - 7 itens (7,8,9,10,11,15,16);

- Intervenção precoce nas crianças e famílias de risco (IPCFR) - 4 itens (1,17,18,19);

- Deteção e sinalização na criança vítima de mau trato infantil (DSCMtI) - 5 itens (20,22,23,24,25).

- **Contato com criança vítima de abusos** - questão fechada operacionalizada em sim; não; não sei, pretende-se colher dados que permitam avaliar se o inquirido durante a sua atividade profissional contactou com crianças vítimas de abuso.

- **Situações de perigo identificadas e atuação face à situação identificada** - no sentido de averiguar as situações de perigo identificadas pelos inquiridos que responderam terem contactado com crianças vítimas de abuso incluiu-se uma questão de resposta múltipla com dezasseis opções de resposta: abandono, Negligência, abandono escolar, absentismo escolar, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual (suspeita), abuso de autoridade, trabalho infantil, prática de ato

criminoso, comportamentos aditivos, exposição a modelos de comportamento desviante, mendicidade, problemas recorrentes de saúde, disfunção parental, outra, solicitando-se que caso a sua opção fosse esta, identificasse qual a situação.

Com o objetivo de compreender o tipo de atuação do enfermeiro(a), foi solicitado, que para cada situação de perigo identificada, fossem indicadas as intervenções realizadas, entre as 13 opções sugeridas: envolver a criança para avaliar a situação, avaliar/monitorizar os comportamentos da criança, avaliar/monitorizar a condição física da criança, recolher provas para avaliação médico-legal, ensinar à família medidas de segurança, ensinar a importância da relação afetiva, efetuar visita domiciliar para acompanhamento da criança e família, conversar com os pais para confrontar e completar a informação, encaminhar para o médico de família, encaminhar para os técnicos de serviço social, denunciar a situação, não atuei, outra, solicitando-se que identificasse que tipo de intervenção tinha realizado.

- **Documento utilizado na denúncia** - questão mista com três categorias: guia de sinalização, relatório descritivo e outro, pedindo aos inquiridos cuja opção de resposta fosse outro que identificassem o tipo de documento utilizado.

- **Entidade para a qual foi feita a denúncia/contato** - pergunta mista de resposta múltipla com os seguintes indicadores: Forças de segurança (PSP/GNR), outro familiar, psicólogo, técnico do serviço social, NACJR, CPCJ, Médico de família, serviço de urgência, Tribunal de Família e Menores, outro, solicitando aos inquiridos que nesta última opção mencionassem para que entidade efetuou a denuncia.

- **Existência de documento identificador para as famílias de risco** - questão fechada operacionalizada em: questionário, lista de riscos, não sei, outro, solicitando aos inquiridos cuja opção de resposta fosse outro que mencionasse o tipo de documento utilizado.

- **Existência de manual de procedimentos para situações de abuso infantil no local de trabalho** - questão fechada operacionalizada em sim, não e não sei.

- **Realização de visitas domiciliárias às famílias de risco** - pergunta de resposta dicotômica operacionalizada em sim e não, com o objetivo de saber se os enfermeiros(as) realizam visitas domiciliárias às famílias de risco.

- **Contribuição da visita domiciliar** - só para os enfermeiros que responderam efetuar visita domiciliar para saber a sua opinião, colocou-se uma pergunta de resposta múltipla solicitando-se que assinalassem qual o contributo da mesma. Foram dadas 15 opções de resposta: incrementar o uso da vigilância pré-natal, melhorar o estado nutricional da grávida, diminuir o consumo de tabaco durante a gravidez e junto da criança, diminuir o abuso de drogas e álcool dos

progenitores, diminuir o número de gravidezes e espaçamento entre elas, diminuir o parto pré-termo, melhorar o peso do recém-nascido ao nascimento, incrementar o apego familiar, melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança, reduzir as condutas criminais dos cuidadores, incrementar o uso dos serviços de saúde e sociais da comunidade, diminuir o uso das ajudas sociais, diminuir o recurso aos serviços de urgência, diminuir os acidentes e intoxicações na criança e realizar a EPS às crianças (cada inquirido podia indicar mais do que uma opção).

- **Intervenção de educação para a saúde relacionada com os abusos infantis** - questão operacionalizada em sim e não, com o objetivo de saber se os enfermeiros(as) desenvolvem educação para saúde relacionada com a temática do abuso infantil.

- **Temáticas abordadas no âmbito do abuso infantil** - pergunta aberta que tem por objetivo colher dados que permitam identificar quais os temas abordados pelos enfermeiros no âmbito dos abusos (só respondiam a esta questão os participantes que mencionaram realizar educação para saúde).

- **Contexto das intervenções de educação para saúde** - pergunta mista com o objetivo de identificar o contexto do desenvolvimento das intervenções de educação para saúde, com os seguintes indicadores: consulta de enfermagem, saúde escolar e VD.

- A terceira parte do instrumento de colheita de dados abrange questões que têm como objetivo colher a informação necessária à identificação das necessidades de formação dos enfermeiros (Questão 1 a 5), sendo as questões 3 e 4 escalas de um item único.

- **Formação específica na área do abuso infantil** - pergunta dicotômica, sim/não, com objetivo de saber se os enfermeiros fizeram formação específica na área do abuso infantil.

- **Contexto Formativo** - dirigida aos inquiridos que responderam sim à questão anterior, questão operacionalizada em: formação académica, formação em serviço e auto formação.

- **Auto percepção do conhecimento do abuso infantil** - questão de resposta fechada sendo solicitado aos inquiridos que, numa escala tipo Likert de 1 a 5, colocassem um X na opção que melhor equivalesse ao nível de conhecimento que detém sobre abuso infantil, em que 1 correspondia a nenhum conhecimento e 5 a muito conhecimento.

- **Interesse em obter mais formação na área do abuso infantil** - questão fechada sendo solicitado aos inquiridos que, numa escala de 1 a 5,

colocassem um X na opção que melhor equivalesse ao interesse sobre a temática do abuso infantil. Correspondendo o 1 a Sem interesse e o 5 a Muito interesse.

- **Áreas temáticas de formação** - pergunta de resposta múltipla, que tinha como objetivo identificar os conteúdos que os enfermeiros consideram mais importantes abordar na formação, categorizado em sete opções: técnicas de comunicação, diagnóstico do abuso infantil, enquadramento legal em matéria de proteção da infância, programas de intervenção familiar, programas de intervenção na escola, programas de intervenção comunitária em grupos de risco, outro (indique qual). Cada participante podia indicar mais do que uma opção.

A colheita de dados foi efetuada entre fevereiro e março de 2013, após autorização da diretora executiva do ACES (Anexo II).

Inicialmente foram contactados os interlocutores das diferentes unidades funcionais, apresentando presencialmente os objetivos do estudo. Foi garantido o anonimato e a fiabilidade dos dados. Foi realizada uma leitura conjunta do material entregue: consentimento informado (Anexo IV), e questionário (Anexo III), tendo ainda sido esclarecidas possíveis dúvidas e disponibilizado contacto da investigadora. Foi reforçada a importância do preenchimento do documento de consentimento informado na investigação. O questionário e o documento para obtenção do consentimento informado dos participantes foram distribuídos em envelope pelos interlocutores de enfermagem das diferentes unidades funcionais do ACES Grande Porto VII-Gaia (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - sede e extensão, Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Cuidados na Comunidade, Centro de Diagnóstico Pneumológico e Centro Médico de Canidelo).

## 2.7- Tratamento dos Dados

A estatística é a ciência de coletar, analisar e interpretar os dados que variam (Beaglehole et al.,1993; Triola, 2008). Esta ciência intervém em várias etapas da investigação quantitativa. É o tipo de investigação efetuada, o tipo de variáveis e as questões de investigação formuladas que vão determinar a escolha da ferramenta estatística (Fortin, 2009).

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20 para Windows. De acordo com

Pereira (2008), este instrumento informático é muito útil, na medida em que, permite efetuar diversos cálculos estatísticos e obter resultados de uma forma muito rápida.

Os dados recolhidos foram analisados através de estatística descritiva, nomeadamente, frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão) e, numa fase posterior, através da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite “descrever as características da amostra, como os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”(Fortin 1999, p.2779).

As medidas de tendência central consistem num conjunto de medidas que ajudam a descrever o centro da distribuição dos valores de uma variável na amostra em questão. As três medidas mais utilizadas são a moda, média e mediana. Por seu turno as medidas de dispersão são medidas complementares para descrição dos dados que fornecem uma informação do quanto os valores individuais da mesma variável estão próximos, ou, pelo contrário, se afastam do centro da sua distribuição (Martins, 2011).

A estatística inferencial permite “destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra” (Fortin, 2009, p.440). Na análise inferencial foi utilizado o teste  $t$  de Student na avaliação das práticas e comportamentos dos enfermeiros face ao abuso infantil e as habilitações académicas e a correlação de Pearson entre as quatro sub escalas da EPCEMtl e o alfa de Cronbach com  $p \leq 0,05$ .

## **2.8- Aspetos Ético-Legais**

Num processo de investigação, a ética refere-se à qualidade das técnicas de investigação, no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos em estudo (Nunes, 2005). Qualquer investigação realizada com indivíduos remete para questões ético-legais, tendo que ser tidos em consideração os cinco princípios ou direitos fundamentais determinados pelo código de ética, nomeadamente: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Estes princípios éticos foram para nós, uma preocupação constante, respeitando-se os direitos dos participantes envolvidos ao longo de toda esta investigação. Assim, inicialmente, foi impetrada autorização à Diretora Executiva do ACES Grande Porto VII-Gaia, para a realização da investigação, explicitando a informação relativa ao estudo. Recebemos parecer favorável (Anexo II). A colheita de dados só se iniciou após aprovação.

O consentimento informado é imprescindível em qualquer investigação e define-se como o processo pelo qual os investigadores asseguram que os participantes: recebem informação completa sobre o estudo, decidem de forma livre e esclarecida participar ou não no mesmo, são informados relativamente à ausência de prejuízo por aceitarem ou recusarem participar e são esclarecidos relativamente ao direito ao anonimato e confidencialidade (Nunes, 2005). Só participaram neste estudo os enfermeiros que assinaram este documento (Anexo IV).

Para realizar a investigação, como referido anteriormente, foi utilizado o questionário “Abuso Infantil, Práticas e Comportamento dos Enfermeiros”, de Catarino (2007), após o devido pedido de autorização e respetivo consentimento da autora (Anexo I).

Comprometemo-nos após a conclusão deste percurso, dar a conhecer os resultados à instituição implicada na investigação, bem como, aos enfermeiros das diferentes unidades funcionais.



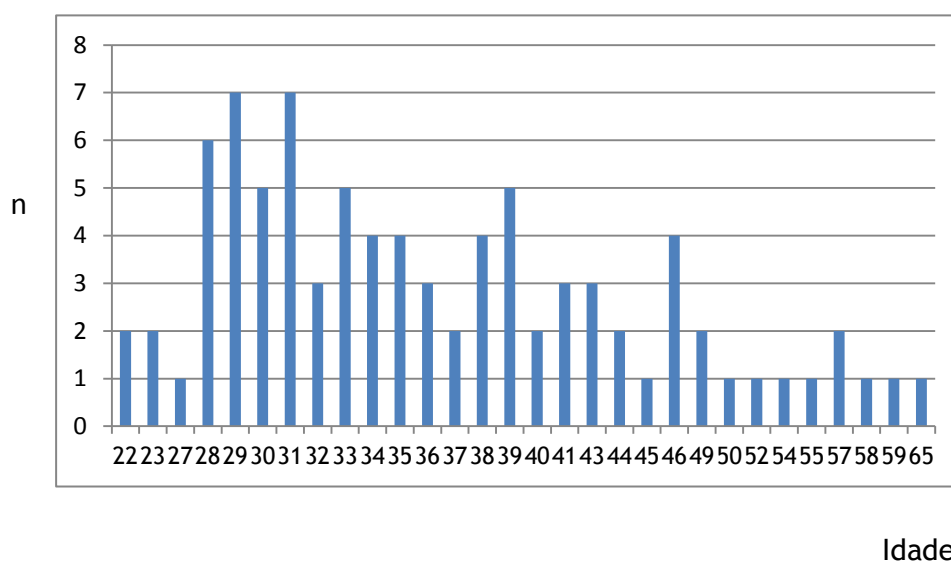
### 3- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de recolhida e organizada a informação, cabe proceder à análise e discussão dos resultados obtidos de forma a dar resposta aos objetivos do estudo. O primeiro passo para a discussão dos resultados é a caracterização da população e a apresentação dos resultados da investigação, sendo estes examinados ligando-os aos objetivos e às questões de investigação. Para apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas, gráficos e figuras, que pretendem ilustrar os resultados.

#### 3 1- Caracterização Sócio Demográfica e Profissional

A amostra do estudo foi constituída pelos enfermeiros das diferentes unidades funcionais do ACES Grande Porto VII-Gaia, perfazendo um total de 91 participantes. Estes tinham uma idade compreendida entre os 22 e os 65 anos (Gráfico 1), com uma média (M) de idades de 36,92 anos e um desvio padrão (DP) de 9,12 anos.

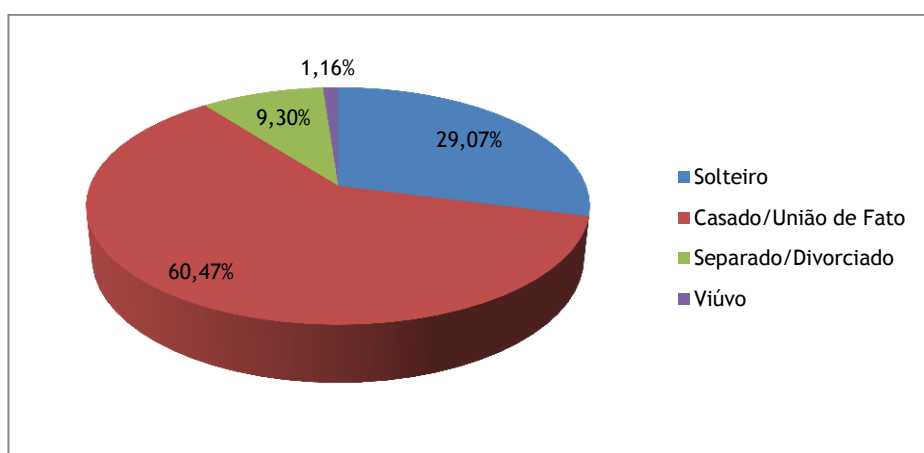
GRÁFICO 1 - Idade dos enfermeiros



São maioritariamente (85,05%; n=78) do sexo feminino o que confirma a tendência histórica da profissão, pois eram as mulheres que asseguravam os cuidados, através de conhecimentos passados de geração em geração, desde os primórdios da humanidade (Collière, 1989). Este facto é, igualmente, congruente com os dados estatísticos da OE (2012) que refere que dos 65.467 enfermeiros 81,41% (n=53.301) são do sexo feminino.

Os participantes são maioritariamente (60,47%; n= 55) casados ou vivem em união de facto (Gráfico 2).

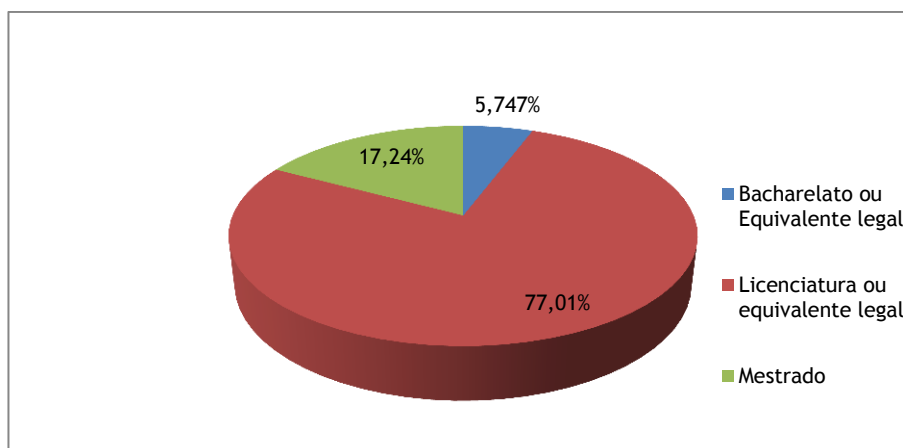
GRÁFICO 2 - Estado civil



Dos inquiridos 63,5% (n=58) têm filhos, variando o número entre um e três e a idade dos filhos entre um ano e trinta e seis anos (M=3 anos e DP=0,72).

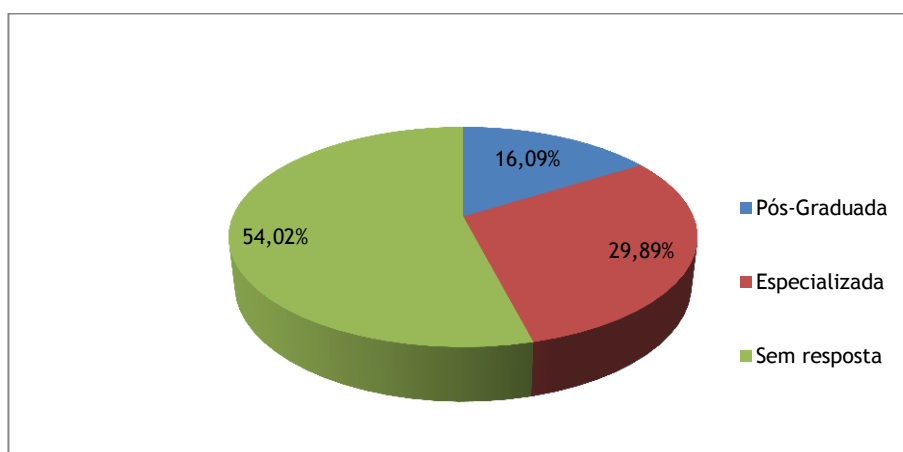
Relativamente às habilitações académicas (Gráfico 3), constatou-se que do total dos inquiridos, a maioria 77,01% (n=70) é detentora da Licenciatura em enfermagem ou equivalente legal, 17,24% (n=16) estão habilitados com o mestrado e 5,747% (n=5) com o bacharelato ou equivalente legal. Estes dados estão de acordo com os apresentados pela OE (2012) que refere que 81,15% (n=53.131) dos enfermeiros são detentores só do grau de licenciado.

GRÁFICO 3- Habilitações académicas



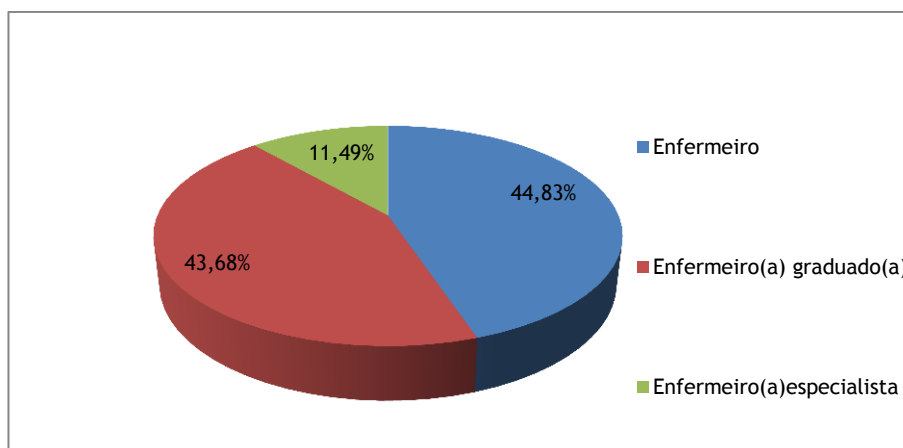
No que concerne à formação profissional (Gráfico 4), 54,02% (n=49) inquiridos não referem possuir, 29,89% (n= 27), são detentores de formação especializada e 16,09% (n=15) de formação pós-graduada. A percentagem de enfermeiros com formação especializada ou pós-graduada é superior à do estudo de Catarino (2007), em que somente 10,01% (n=6) enfermeiros possuíam formação a este nível.

GRÁFICO 4- Formação profissional



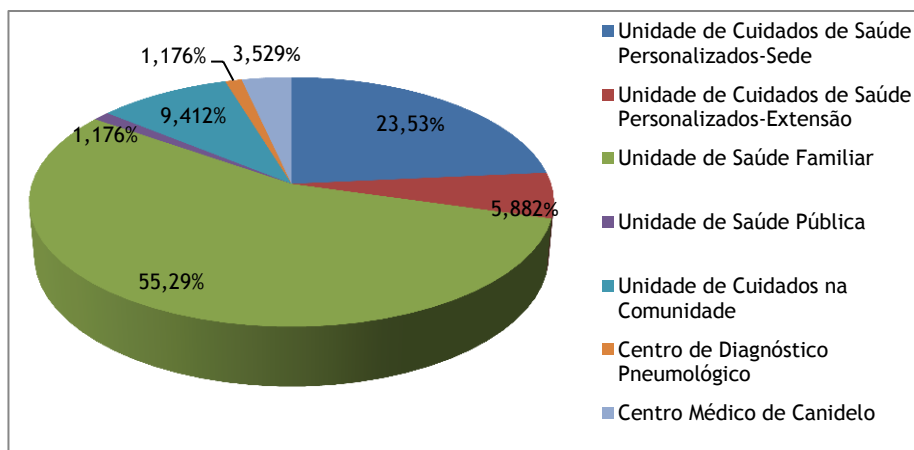
Relativamente à categoria profissional (Gráfico 5), 44,83% (n=41), são enfermeiros, 43,68% (n= 40) enfermeiros graduados e 11,49% (n=10) enfermeiros especialistas. Estes resultados são congruentes com os dados estatísticos da OE (2012) que mencionam que 18,86% (n=12.351) dos profissionais de enfermagem são enfermeiros especialistas.

GRÁFICO 5- Categoria profissional



No que concerne ao local de desempenho de funções (Gráfico 6), verificou-se que maioritariamente (55,29%; n=50) dos enfermeiros inquiridos exercem funções nas USFs. Os restantes, 23,53% (n=21) trabalham nas UCSP - sede e uma minoria no CDP e USP 1,176% (n=1,07). Estes dados são diferentes dos de Catarino (2007) em que os enfermeiros minoritariamente desempenhavam funções nas USF.

GRÁFICO 6- Local de exercício profissional



O tempo de exercício profissional dos participantes (Quadro 3) variou entre um e 40 anos (M=13,85; DP=8,701) e o tempo de exercício nos CSP variou entre um e 35 anos (M=8,63 anos; DP=6,607), Dados semelhantes aos achados por Catarino (2007).

QUADRO 3 - Tempo de exercício profissional

	N	Xmin	Xmáx	M	Moda	DP
Tempo Exercício Profissional	91	1	40	13,85	10,00	8,701
Tempo Exercício em CSP	91	1	35	8,63	0,50	6,607

### 3.2- Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros

No que concerne à sensibilidade da EPCMtI, podemos observar no quadro 4, que os valores obtidos no nosso estudo são muito semelhantes aos de Catarino (2007).

QUADRO 4 - Estatística descritiva da EPCMtI

Item		Nosso Estudo				Catarino, 2007				
		M	Md	Mo	DP	M	Md	Mo	DP	
F A T O R 1	2	Avalio a qualidade do vínculo afetivo mãe/pai/filho	1,93	2,00	2	0,90	2,21	2,00	2	0,934
	3	Avalio os cuidados à criança e a presença de sintomas sugestivos de abandono ou carência afetiva	2,14	2,00	2	0,95	2,18	2,00	2	0,941
	4	Avalio a atitude dos pais face ao estabelecimento de normas e limites educacionais aos filhos	2,34	2,00	2	0,86	2,33	2,00	2	0,871
	5	Interveno com amabilidade e empatia, discutindo métodos alternativos de disciplina	2,23	2,00	2	0,85	2,34	2,00	2	0,835
	6	Promovo a adequação do papel parental e a autoestima dos pais	2,11	2,00	2	0,88	2,29	2,00	2	0,844
	12	Valorizo o atendimento da criança em distintas instituições de saúde urgência, e/ou atendimento permanente)	2,44	2,00	2	1,05	2,42	2,00	2	0,973
	13	Valorizo as atitudes de distanciamento, desapego, privação de afetos e segurança	1,97	2,00	2	0,86	2,02	2,00	2	0,770
	14	Na observação da criança, pesquise sequelas do abuso (ex: ansiedade, isolamento social, problemas de aprendizagem, alterações do comportamento)	2,51	2,00	2	0,99	2,41	2,00	2	0,864
	21	Observo a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas	1,75	2,00	1	0,85	1,96	2,00	1	0,920
	Total F1- Promoção do bem-estar e segurança infantil	2,15				2,24				
F A T O R 2	7	Interveno nas famílias de risco de forma precoce, estável e continua	2,96	3,00	3	1,06	2,95	3,00	3	0,910
	8	Desenvolvo esforços, integrados numa equipa multidisciplinar para avaliar continuamente a evolução da criança e família	2,47	2,00	2	1,06	2,71	3,00	2	0,992
	9	Valorizo como abuso físico a incompatibilidade entre a história e as lesões da criança	2,56	3,00	3	0,97	2,41	2,00	2	0,844
	10	Valorizo o atraso na procura dos cuidados de saúde para a criança	1,92	2,00	2	0,84	2,15	2,00	2	0,898
	11	Valorizo as lesões que a criança apresenta nas diferentes fases evolutivas	2,05	2,00	2	1,01	2,12	2,00	2	0,940
	15	Identifico os fatores de risco associados ao abuso infantil	2,61	3,00	3	0,89	2,42	2,42	3	0,801

	16	Previno a gravidez não desejada, principalmente em adolescentes, na consulta de vigilância de saúde infantil	1,93	2,00	1	1,08	2,20	2,00	2	0,910
	Total F2- Prevenção terciária		<b>2,35</b>				<b>2,42</b>			
F A T O R 3	1	Identifico precocemente as famílias de risco	2,87	3,00	3	0,76	2,75	3,00	3	0,679
	17	Identifico as situações de violência doméstica	3,02	3,00	3	0,86	3,02	3,00	3	0,770
	18	Encaminho os pais com dependências (ex. álcool, drogas) para os serviços de saúde mental	3,36	3,00	3	1,16	3,02	3,00	3	1,017
	19	Encaminho as famílias de risco para os recursos de apoio psicológico	2,92	3,00	3	1,09	2,83	3,00	3	0,941
	Total F3- Intervenção precoce nas crianças e famílias de risco		<b>3,04</b>				<b>2,90</b>			
F A T O R 4	20	Aumento o número de consultas de vigilância de saúde nas crianças em risco	2,23	2,00	2	1,10	2,31	2,00	2	0,924
	22	Recolho informações sobre a história social (ex. dinâmica familiar, composição familiar, situação laboral,	2,39	2,00	2	0,98	2,36	2,00	2	0,951
	23	Procuo identificar as causas das ausências às consultas programadas	2,11	2,00	1	1,07	2,10	2,00	2	1,003
	24	Preocupo-me com a ausência de informação depois de um internamento hospitalar	2,20	2,00	1	1,09	2,26	2,00	2	1,001
	25	Valorizo, na entrevista clínica, a impossibilidade da família recordar dados da sua vida	2,72	3,00	2	1,21	2,75	3,00	3	0,679
	Total F4- Intervenção na criança vítima de mau trato		<b>2,33</b>				<b>2,36</b>			

O facto de, genericamente, os valores das médias, modas e medianas serem muito semelhantes e os valores dos desvios padrão não serem muito elevados é indicador de uma boa capacidade discriminativa dos itens.

A consistência interna da EPCEMtl foi analisada com o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach. Os valores obtidos variaram entre um mínimo de 0,765 (razoável) na subescala intervenção precoce nas crianças e famílias de risco e um máximo de 0,937 (excelente) para a escala total (Quadro 5). A categorização dos valores da consistência interna teve como referência os valores indicados em Hill (2005). No quadro 5 podemos apreciar o valor global do alfa de Cronbach se um item em particular fosse eliminado.

QUADRO 5- Coeficientes de correlação entre as subescalas da EPCEMtl

		Alpha Cronb	Nº de Itens
F1	Promoção do bem-estar e segurança infantil	,849	9
F2	Prevenção terciária	,807	7
F3	Intervenção precoce nas crianças e famílias de risco	,765	4
F4	Intervenção na criança vítima de mau trato	,834	5
Total		,937	25

Os coeficientes de correlação entre as subescalas da EPCEMtl (Quadro 5) são todos estatisticamente significativos, positivos e moderados ou elevados. O

coeficiente de correlação mais elevado ocorre entre a subescala prevenção terciária e a subescala promoção do bem-estar e segurança infantil ( $r = 0,795$ ).

QUADRO 6- Matriz de correlação de Pearson entre as quatro subescalas da EPCEMTI

		NOSSO ESTUDO				CATARINO, 2007			
		F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4
F1	Promoção do bem-estar e segurança infantil	1,000				1,000			
F2	Prevenção terciária	,795**	1,000			,675	1,000		
F3	Intervenção precoce nas crianças e famílias de risco	,679**	,605**	1,000		,566	,628	1,000	
F4	Intervenção na criança vítima de abuso	,737**	,708**	,561**	1,000	,688	,661	0,588	1,000

\*\*  $p \leq 0,01$

Legenda: F1- Promoção do Bem estar e segurança infantil / F2- Prevenção Terciária/ F3 -Intervenção Precoce F4- Intervenção na criança vítima de abuso

A análise do Quadro 6 permite afirmar que existe uma correlação positiva significativa entre as subescalas, variando o valor das correlações entre 0,561 para a correlação entre a subescala Intervenção na criança vítima de mau trato e Intervenção precoce nas crianças e famílias de risco e o valor 0,795 para a correlação entre prevenção terciária e promoção do bem-estar e segurança da criança.

A análise mais pormenorizada dos resultados, relativamente às práticas e comportamentos dos enfermeiros, participantes no nosso estudo, face à criança/adolescente vítima de abuso em função das quatro subescalas anteriormente descritas (Quadro 4) mostra que os enfermeiros realizam melhores práticas e comportamentos ao nível da intervenção precoce na criança e família de risco face ao abuso infantil (fator 3) ( $M=3,04$ ). Estes resultados corroboram os de Catarino (2007) que apurou que os enfermeiros realizavam melhores práticas ao nível da intervenção precoce na criança e famílias de risco ( $M=2,90$ ). Atendendo que a maioria dos enfermeiros do nosso estudo exerce sua atividade profissional nas USF e que o enfermeiro de família, no contexto de proximidade, é um profissional que interage com o sistema familiar e conhece objetivamente, as necessidades das famílias e a um nível macrosistémico os recursos que o sistema comunitário pode oferecer, mobilizando-os para obter os ganhos necessários, podendo, portanto, ser fulcral na intervenção precoce nas famílias de risco (Figueiredo, 2012, Cit. por Lino, 2012).

Neste fator, o item que apresenta resultado mais alto para as práticas e comportamentos mais favoráveis dos enfermeiros é o 18 “encaminho os pais com dependências para os serviços de saúde mental”. O item 1 “identifico precocemente as famílias de risco”, foi o que menos contribuiu. O que está de acordo com os

resultados obtidos por Catarino (2007). É de salientar que 19,8% dos enfermeiros afirmaram que poucas vezes/nunca identificam precocemente as famílias de risco. A identificação precoce do abuso infantil representa um desafio para os enfermeiros, dada a dificuldade no diagnóstico (Friedlander e col 2006, Cit. por Catarino, 2007). É igualmente preocupante que 46,5% dos enfermeiros tenham referido que nunca ou poucas vezes encaminham os pais com dependências para os serviços de saúde mental.

De acordo com a OE (2009) os enfermeiros tem a possibilidade de identificar situações de abuso, encaminhar as crianças vítimas de abuso e promover a saúde desde o nascimento até à adolescência.

O fator 1- Promoção do bem-estar e segurança da criança, é o que apresenta valores mais baixos ( $M=2,15$ ), tal como referenciado por Catarino (2007). Os itens que mais contribuíram para as melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso foram: “na observação da criança, pesquise sequelas do abuso” ( $M=2,51$ ) e “valorizo o atendimento da criança em distintas instituições de saúde urgência e/ou atendimento permanente” ( $M=2,44$ ). Estes resultados são análogos aos achados de Catarino (2007), embora nesse estudo a posição destes itens fosse inversa. Concordamos com a autora quando refere que “estas intervenções demonstram a preocupação na deteção precoce das situações de abuso relacionadas com a síndrome de Munchausen e com as situações de recidiva de mau trato” (Catarino, 2007, p.95) sendo imprescindível que o profissional de enfermagem tenha conhecimento dos sinais e esteja atento, sempre, para suspeitar dessa possibilidade, quando ela não for declarada pelos acompanhantes da criança. Além disso, é necessário romper com a ideia de naturalização da agressão física, isto é, como um instrumento legítimo que a família, culturalmente, possui para disciplinar a criança (Cardoso et al., 2006).

Os itens que menos contribuíram para as melhores práticas nesta sub-escala foram: “avalio a qualidade do vínculo afetivo mãe/pai/filho” ( $M=1,93$ ) e “observo a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas” ( $M=1,75$ ). Catarino (2007) concluiu que o item “valorizo as atitudes de distanciamento, desapego, privação de afetos e segurança” ( $M=2,02$ ) e o “observo a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas” eram os que menos contribuíram ( $M=1,96$ ). Contudo, é importante que o enfermeiro observe a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas e a qualidade da vinculação. Estas intervenções são sem dúvida de máxima relevância para a deteção de situações de abuso infantil e como referem a WHO e ISPCAN (2006), que a vinculação e os

comportamentos parentais assertivos constituem fatores protetores para o abuso infantil.

De acordo com Silva (2011), os enfermeiros devem ter em conta a prestação de cuidados centrados na família por forma a ajudar os pais na aquisição de competências parentais. De relevar que a avaliação da atitude dos pais face ao estabelecimento de normas e limites educacionais aos filhos, foi um dos itens que mais contribuiu nesta sub-escala para as melhores práticas e comportamentos ( $M=2,34$ ). Segundo Bee (1995) a família pode ser destacada como responsável pelo processo de socialização da criança, sendo através dela que a criança adquire comportamentos, habilidades e valores apropriados e desejáveis à sua cultura. Nesse contexto, a internalização de normas e regras possibilitarão à criança um desempenho social mais adaptado e aquisição de autonomia.

No fator 2- Prevenção terciária, os itens que mais contribuíram para as boas práticas e comportamento dos enfermeiros foram: “intervenho nas famílias de risco de forma precoce, estável e contínua” ( $M=2,96$ ) e “identifico os fatores de risco associados ao abuso infantil” ( $M=2,61$ ). Estas práticas e comportamentos vão ao encontro do recomendado por Magalhães (2005) e pela OE (2012) que propõe como base dos cuidados de enfermagem a intervenção ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança. Realça-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett e Bullock, 2006). Também, Catarino (2007), concluiu que o item “intervenho nas famílias de risco de forma precoce, estável e contínua” era o mais pontuado nesta sub-escala. No mesmo fator os itens que menos carga tiveram foram: “valorizo o atraso na procura dos cuidados de saúde para a criança” ( $M=1,92$ ) e “previno a gravidez não desejada, principalmente em adolescentes, na consulta de saúde infantil” ( $M=1,93$ ).

Gurgel (2008) refere que na consulta de saúde infantil e juvenil, o enfermeiro tem a oportunidade e a responsabilidade de identificar, aprofundar e avaliar com o adolescente sua sexualidade e as implicações do sexo responsável, dentre elas a gravidez precoce. Nesta mesma linha, a OE (2010) refere que as intervenções de enfermagem no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assumem lugar de destaque.

O enfermeiro ao valorizar o atraso na procura de cuidados de saúde das crianças/adolescentes fica desperto para a prevenção do risco do abuso infantil (DGS, 2011).

No que reporta ao fator 4- Intervenção na criança vítima de abuso, os itens que mais contribuíram para as boas práticas foram: “valorizo, na entrevista clínica, a impossibilidade da família recordar dados da sua vida familiar” (M=2,72) e “recolho informações sobre a história social” (M=2,39). Resultado que evidencia que os enfermeiros na avaliação inicial procuram identificar e determinar situações que possam estar relacionadas com abuso ou suspeita. Dados corroborados por Azevedo e Maia (2006), Catarino (2007) e Magalhães (2010). No mesmo fator o item que menos carga teve foi: “procuro identificar as causas das ausências às consultas programadas” (M=2,11), traduzindo indícios de situações de negligência de cuidados de saúde, devendo ser base de alerta para os enfermeiros, pois pode estar relacionado com outras lacunas dificultando à criança/adolescente a satisfação de necessidades básicas de saúde (Catarino, 2007).

Concordando com as recomendações propostas por Fonseca e col (1999), Canha (2003) e Magalhães (2005 Cit. por Catarino, 2007), que mencionam as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros como tendo grande importância num projeto de atuação no abuso infantil, temos a convicção que os enfermeiros ainda, têm um longo percurso no sentido da proteção das crianças/adolescentes vítimas de abuso.

Neste sentido, foi efetuado uma correlação entre algumas variáveis, nomeadamente: idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas e formação pós-graduada / especializada.

A análise do quadro 7 permite verificar que existe uma correlação significativa entre as práticas de intervenção precoce nas crianças e famílias de risco e a idade dos enfermeiros ( $r = -0,248$ ). O coeficiente é negativo e fraco, o que significa que quanto mais novos são os enfermeiros melhores são as práticas e comportamentos face ao abuso infantil. Dado contrário ao obtido no estudo de Catarino (2007) que concluiu que quanto mais velhos são os enfermeiros, melhores são as práticas e comportamentos, especialmente no âmbito das intervenções de promoção de saúde, bem-estar e segurança da criança.

QUADRO 7 - Matriz de Correlações de Pearson entre práticas e comportamentos dos enfermeiros e a idade

	NOSSO ESTUDO	CATARINO, 2007
Sub- Escalas	R	R
Promoção do bem-estar e segurança da criança	-,068	,388
Prevenção terciária	,013	,221
Intervenção precoce na criança e família de risco	-,248*	-,077

Intervenção na criança vítima de abuso	-,075	,185
Total	-,067	,258

\* Correlação significativa para um  $p \leq 0,05$

Ao analisarmos os resultados do quadro 8, verificamos que não existem correlações significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros face ao abuso infantil e o tempo de exercício profissional na função e o tempo de exercício profissional nos CSP. Conclusões divergentes às de Catarino (2007) que afirma que existe correlação entre as práticas e comportamento dos enfermeiros face ao abuso infantil e o tempo de exercício profissional.

Em relação ao tempo de exercício profissional, esta correlação é positiva para o total da escala ( $r=,209$ ) e para as sub-escalas “promoção do bem-estar e segurança da criança” ( $r=,363$ ), “intervenção da criança vítima de abuso” ( $r=,135$ ) e “prevenção terciária” ( $r=,170$ ). Relativamente à correlação entre as práticas e comportamento dos enfermeiros face ao abuso infantil e o tempo de exercício profissional nos CSP, esta é positiva para o total da escala ( $r=,207$ ) e para as sub-escalas “promoção do bem-estar e segurança da criança” ( $r=,313$ ), “prevenção terciária” ( $r=,217$ ) e “intervenção na criança vítima de abuso” ( $r=,063$ ).

QUADRO 8 - Matriz de correlações de Pearson entre práticas e comportamentos dos enfermeiros e o tempo de exercício profissional

	NOSSO ESTUDO		CATARINO, 2007	
	Tempo exercício profissional	Tempo exercício CSP	Tempo exercício profissional	Tempo exercício CSP
Promoção do bem-estar e segurança da criança	,072	-,020	,363	,313
Prevenção terciária	,014	,038	,170	,217
Intervenção precoce na criança e família de risco	-,118	-,180	-,131	-,017
Intervenção na criança vítima de abuso	,030	-,035	,135	,063
Total	-,037	,014	,209	,207

Para a verificação da correlação entre habilitações académicas e práticas e comportamentos dos enfermeiros (Quadro 9) utilizámos apenas dois grupos, licenciatura e mestrado, uma vez que o indicador doutoramento não foi assinalado e o indicador bacharelato representava 5% da população - alvo. Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- Promoção do bem-estar e segurança infantil,  $t(77) = 2,338$ ,  $p = 0,022$ , os enfermeiros com licenciatura realizam melhores práticas e comportamentos no âmbito do abuso infantil do que os enfermeiros com mestrado (2,23 vs 1,81).
- Prevenção terciária,  $t(71) = 2,956$ ,  $p = 0,004$ , os enfermeiros com licenciatura realizam melhores práticas e comportamentos no âmbito do abuso infantil do que os enfermeiros com mestrado (2,49 vs 1,89).
- Intervenção precoce na criança e família de risco,  $t(77) = 2,331$ ,  $p = 0,022$ , os enfermeiros com licenciatura realizam melhores práticas e comportamentos no âmbito do abuso infantil do que os enfermeiros com mestrado (3,17 vs 2,68).
- Total,  $t(64) = 2,303$ ,  $p = 0,025$ , os enfermeiros com licenciatura realizam melhores práticas e comportamentos no âmbito do abuso infantil do que os enfermeiros com mestrado (2,48 vs 2,03). Estes resultados corroboram os obtidos por Catarino (2007) que concluiu que a maior habilitação académica não implicava melhores práticas de enfermagem face ao abuso infantil.

QUADRO 9- Resultados da aplicação do teste de  $t$  de Student, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros e as habilitações académicas.

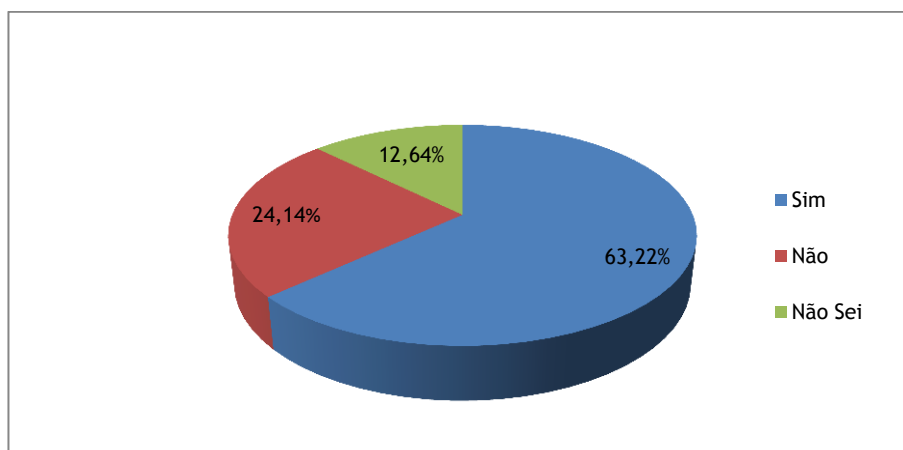
	LICENCIATURA		MESTRADO		TOTAL	
	M	DP	M	DP	t	Sig.
Promoção do bem-estar e segurança da criança	2,23	0,61	1,81	0,62	2,338	,022*
Prevenção Terciária	2,49	0,67	1,89	0,62	2,956	,004*
Intervenção precoce na criança e família de risco	3,17	0,70	2,68	0,82	2,331	,022*
Intervenção na criança vítima de abuso	2,36	0,83	1,96	0,93	1,623	,109
Total	2,48	0,62	2,03	0,64	2,303	,025*

\*  $p \leq 0,05$

A maioria dos inquiridos, (63,22%;  $n = 57$ ), contactou com crianças vítimas de abuso infantil durante a sua atividade profissional (Gráfico 7), este resultado é semelhante a outros estudos (Marcon, Tiradentes e Kato, 2001; Catarino, 2007) nos quais a maioria dos inquiridos também contactou com essas situações. No entanto, alguns enfermeiros (12,64%;  $n = 12$ ) não responderam/não sabiam se tinham contactado com crianças/adolescentes vítimas de abuso. Este resultado que consideramos relevante pode estar associado à dificuldade no diagnóstico dessas situações,

contudo, as causas que poderão estar associadas não são passíveis de aludir no âmbito deste estudo

GRÁFICO 7- Contacto com crianças/adolescentes vítima de abuso



Dos 57 inquiridos que referiram já ter contactado com crianças/adolescentes vítimas de abuso (Quadro 10), verificámos que as situações de perigo identificadas por maior percentagem de enfermeiros foram: negligência (76%), disfunção parental/familiar (35%), suspeita de abuso sexual (22%) e abuso físico (21%). Estes valores estão em concordância com os da CNPCJR (2012) e Catarino (2007). Nenhum participante referiu já ter identificado o abuso de autoridade e trabalho infantil.

O quadro 10 permite-nos ainda verificar o tipo de atuação do enfermeiro para cada situação de perigo sinalizada. Dos comportamentos passíveis de serem implementados, verifica-se que os mais usados no contexto da prática profissional de enfermagem, foram “encaminhar para os técnicos de serviço social” (606), “encaminhar para o médico de família” (576) e “avaliar/monitorizar os comportamentos da criança” (400). O “encaminhamento para os técnicos de serviço social”, está em consonância com o estudo de Catarino (2007).

De salientar que perante a identificação de uma criança em situação de abuso, alguns enfermeiros não atuaram (35). Estes dados contrariam o estudo de Catarino, (2007) que concluiu que todos os enfermeiros atuaram. Isto leva-nos a pensar que estes profissionais não tenham conhecimento necessário para proceder ao encaminhamento destes casos. Esta será porventura uma situação preocupante, se pensarmos que dada a sua posição privilegiada, deveriam ter um papel inestimável na deteção e encaminhamento destas situações.

Este facto leva-nos a insistir na necessidade de que todos os enfermeiros que trabalham com crianças e adolescentes estejam informados e sensibilizados para a denúncia de todos os casos suspeitos.

Relativamente as intervenções de enfermagem mais desenvolvidas face à situação de perigo identificada, verifica-se que as mais identificadas foram em relação à negligência, foi denunciada a situação (47), na disfunção parental/familiar, os enfermeiros encaminharam para o médico de família (58) e na suspeita de abuso sexual, também encaminharam para o médico de família e denunciaram. Quanto ao abandono escolar, preferiram encaminhar para os técnicos de serviço social. Nas situações em que foram reconhecidos problemas recorrentes de saúde, a atuação mais característica foi o encaminhamento para o médico de família (63) resultado idêntico ao do estudo de Catarino (2007). A VD foi mais realizada nas situações de abandono escolar (40) e negligência (31).

SITUAÇÕES DE PERIGO	ATUAÇÃO FACE À SITUAÇÃO DE PERIGO IDENTIFICADA													
	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Abandono	11	16	16	0	0	0	0	33	16	33	33	33	0	16
Negligência	76	7	26	21	2	29	19	31	24	38	36	47	0	7
Abandono Escolar	9	40	40	0	0	0	0	40	20	40	60	40	0	0
Absentismo Escolar	18	60	60	0	0	0	20	30	40	60	30	20	0	0
Abuso Físico	21	25	33	42	0	8	8	17	25	50	42	25	8	8
Abuso Psicológico	16	22	33	11	0	11	0	0	44	56	44	22	22	0
Abuso Sexual (Suspeita)	22	0	17	8	0	0	8	8	8	50	25	50	0	17
Abuso de autoridade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trabalho Infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prática de ato criminoso	4	0	50	0	0	0	50	0	50	0	50	0	0	0
Comportamentos Aditivos	13	29	57	14	0	14	14	14	14	57	29	0	0	14
Exposição a modelos de comportamento desviante	13	29	29	14	0	14	29	0	43	71	43	43	0	0
Mendicidade	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
Problemas recorrentes de saúde	15	25	13	25	13	0	0	0	38	63	38	0	0	13
Disfunção parental/familiar	35	16	26	11	0	16	47	16	37	58	26	16	5	5
Outra. Qual?	4	0	0	50	0	0	0	0	0	0	50	50	0	0
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>269*</b>	<b>400*</b>	<b>196*</b>	<b>15*</b>	<b>92*</b>	<b>195*</b>	<b>189*</b>	<b>359*</b>	<b>576*</b>	<b>606*</b>	<b>346*</b>	<b>35*</b>	<b>80*</b>

Quadro 10- Distribuição das respostas e atuação face a situação de perigo identificada \* Resposta Múltipla

- 1- Envolver a criança para avaliar a situação
- 2- Avaliar/monitorizar os comportamentos da criança
- 3- Avaliar/monitorizar a condição física da criança
- 4- Recolher provas para avaliação médico-legal
- 5- Ensinar à família medidas de segurança
- 6- Ensinar a importância da relação afetiva

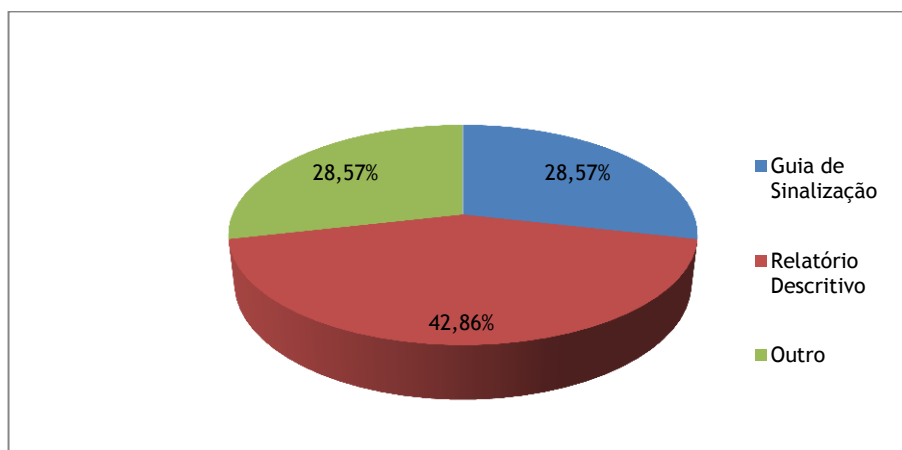
- 7- Efetuar visita domiciliária para acompanhamento da criança e família
- 8- Conversar com os pais para confrontar e completar a informação
- 9- Encaminhar para o Médico de Família
- 10- Encaminhar para os técnicos de serviço social
- 11- Denunciar a situação
- 12- Não Atuei

- 13- Outra. Qual?

Relativamente ao documento utilizado pelos enfermeiros para a denúncia das situações de perigo identificadas (Gráfico 8) verificou-se que dos 57 enfermeiros que mencionaram já terem contactado com este tipo de situação, um não nomeou o tipo de documento que utilizava. Dos 56 que responderam verificou-se que o guia de sinalização foi o documento mais utilizado (42,86%, n=24). Os restantes enfermeiros fizeram a denúncia no relatório descritivo (28,57%, n=16) ou noutro tipo de documento (28,57%, n=16). Contudo, nenhum participante que respondeu usar outro tipo de documento o identificou.

Estes dados estão em conformidade com os encontrados por Santos (2008) nos quais a maioria das sinalizações é realizada através de um documento escrito.

GRÁFICO 8- Documento utilizado na denúncia



Dos enfermeiros que denunciaram as situações de abuso infantil, o médico de família (67) e o NACJR (62) foram as entidades mais referenciadas como intermediários para a denúncia (Quadro 11). Ao serviço social do ACES foram denunciadas 51 situações de abuso (Quadro 11), onde consta que “a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens em risco e, em última instância, pelos tribunais” (DL 147/99, p.6117).

QUADRO 11- Entidade para a qual foi feita denúncia

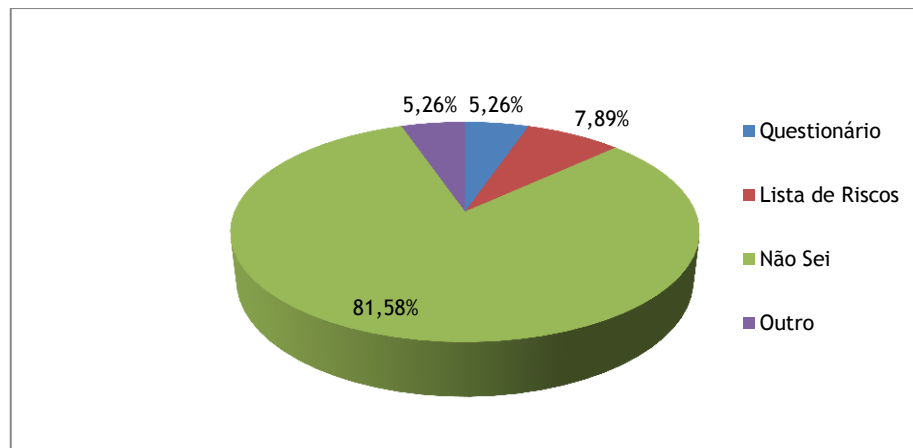
ENTIDADES	%
Forças de Segurança (PSP/GNR)	2
Outro familiar	7
Psicólogo	7

ENTIDADES	%
Técnico do Serviço Social	51
Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco (NACJR)	62
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)	13
Médico de Família	67
Serviço de Urgência	9
Tribunal de Família e Menores	2
Outro	4

Quanto à utilização de um documento escrito (Gráfico 9), seja questionário ou lista de risco, para identificar as famílias de risco, podemos constatar que 81,58% (n=74) dos enfermeiros, referem desconhecer a existência destes documentos no seu local de trabalho. Em contrapartida 19,42% (n=17) referem a sua existência.

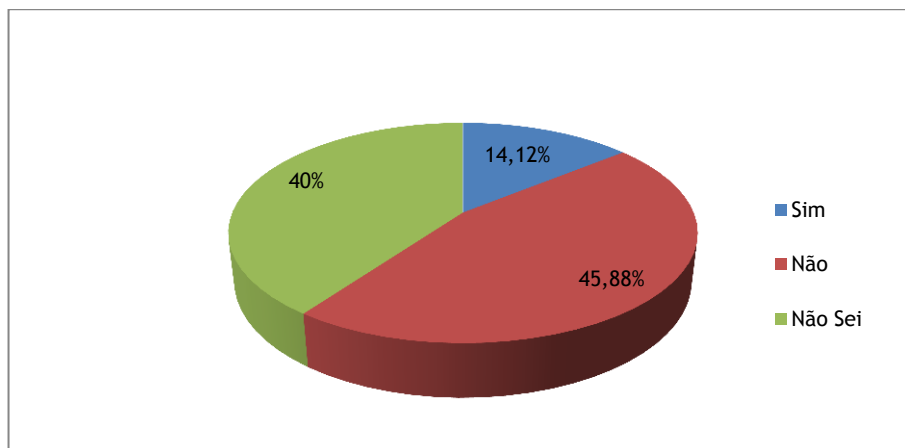
É de salientar que estes dados sugerem algum desconhecimento sobre existência ou não de um instrumento de trabalho para identificar as famílias de risco. Todavia, Parton, Thorpe e Wattam (1997) referem que esses instrumentos tornaram-se prática “central” na proteção de crianças e são cada vez mais utilizados em vários países, nomeadamente, Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos da América e Reino Unido.

GRÁFICO 9- Existência de documento identificador para famílias de risco



Relativamente a existência de um manual de procedimentos para as situações de abuso infantil (Gráfico 10), 45,88% (n=42) dos enfermeiros referiram não haver este manual no local de trabalho, 40% (n=36) dos inquiridos não sabem se existe e só 14,12% (n=13) referem existência do manual de procedimentos para as situações de abuso infantil. Estes achados são idênticos aos encontrados por Catarino (2007).

GRÁFICO 10- Existência de manual de procedimentos para situações de abuso infantil



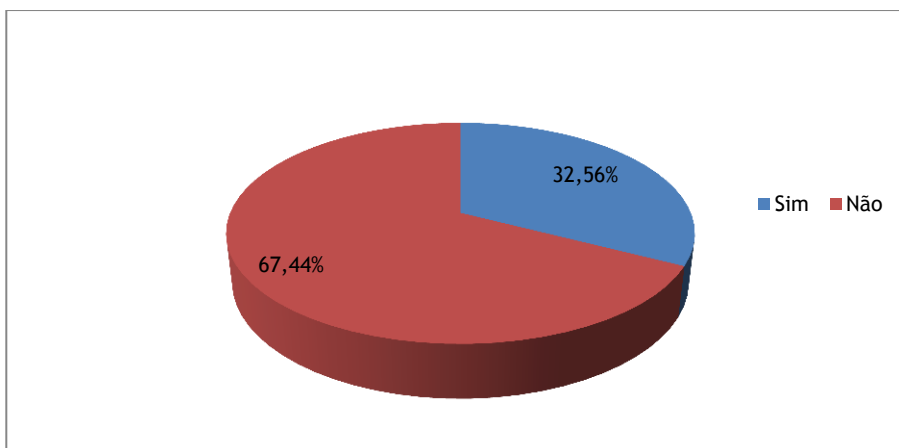
A não existência de manuais de procedimentos para este tipo de situações é preocupante pois a DGS (2011) considera-os um instrumento de trabalho útil para todos os profissionais e equipas que, nos diferentes níveis da prestação de cuidados, trabalham na promoção da saúde das crianças e dos jovens. Manuais que tem como objetivos:

- sensibilizar e motivar os profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos;
- clarificar e uniformizar os conceitos básicos mais importantes sobre os abusos (definição, tipologia, sinais, sintomas e indicadores);
- facilitar os processos de identificação e intervenção, indicando *quando, como e quem* deve intervir numa determinada situação observada;
- promover atuações coordenadas entre as diferentes entidades com responsabilidade de intervenção neste domínio (DGS, 2011).

Os enfermeiros quando questionados sobre a realização de VD às famílias de risco (Gráfico 11) 32,56% (n=30), referiu que não as realiza. Dados corroborados por Catarino (2007).

A VD realizada por enfermeiros, às famílias de risco, é de extrema importância e permite um conhecimento mais abrangente de toda a dinâmica familiar, das condições económicas e habitacionais, dos recursos e apoios da família, assim como das diferentes relações estabelecidas entre os diferentes membros (Magalhães, 2005; Cortês, 2001). O enfermeiro pode e deve avaliar a dinâmica familiar, para identificar os problemas que interfiram com as competências parentais, e consequentemente, colocar a criança/adolescente em risco.

GRÁFICO 11- Visita domiciliária as famílias de risco



O apoio à família maltratante pode ser uma abordagem positiva para a superação das situações de abusos infantis. Nestas situações, a VD, desempenha um papel primordial, porque é o momento ideal para o desenvolvimento de competências parentais, através de momentos de EPS, corrigindo comportamentos de acordo com a realidade vivida por cada família (Cansado, 2008).

A VD é uma das atividades que enquadram as intervenções de enfermagem mais indicadas à prestação de cuidados e assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante um processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Pode trazer resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade da criança e sua família no seu espaço, além de fortalecer os vínculos: utente - terapêutica - profissional (DGS, 2002).

Os enfermeiros que responderam que realizam a VD, foram convidados a assinalar qual o contributo da mesma para o bem-estar e segurança infantil (Quadro 12).

QUADRO 12- Contribuição da visita domiciliária

RESPOSTAS	% *
Incrementar o uso da vigilância pré-natal	33,3
Melhorar o estado nutricional da grávida	0
Diminuir o consumo de tabaco durante a gravidez e junto da criança	14,8
Diminuir o abuso de drogas e álcool dos progenitores	11,1
Diminuir o n° de gravidezes e espaçamento entre elas	7,4
Diminuir o parto pré-termo	0
Melhorar o peso do recém-nascido ao nascimento	25,9
Incrementar o apego familiar	59,3

RESPOSTAS	% *
Melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança	81,5
Reduzir as condutas criminais dos cuidadores	22,2
Incrementar o uso dos serviços de saúde e sociais da comunidade	70,4
Diminuir o uso das ajudas sociais	3,7
Diminuir o recurso aos serviços de urgência	29,6
Diminuir os acidentes e intoxicações na criança	33,3
Realizar a educação para a saúde às crianças	51,9

\* Resposta múltipla

As respostas mais assinaladas foram: “melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança” (81,5%), “incrementar o uso dos serviços de saúde e sociais da comunidade” (70,4%) e “incrementar o apego familiar” (59,3%).

Consideramos que as intervenções de enfermagem realizadas aquando da VD permitem a deteção de situações de risco e estão de acordo com o Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil da DGS (2002) que menciona “a avaliação da dinâmica familiar e de rede de suporte sociofamiliar, deve ser uma das preocupações de toda a equipa de saúde” (Id, 2002, p.5). Durante a VD, os enfermeiros, avaliam aspetos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar, o que pode contribuir para uma deteção atempada de problemas e permitir que, atue no desenvolvimento de competências parentais, *in loco*, prevenindo situações de risco.

A DGS (2002, Cit. por Florindo, 2010, p.169) valoriza a VD de enfermagem quando refere que amplia “os meios que possibilitem a VD essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental de vigilância e de promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco.”

A excelência dos cuidados só se atinge se obtivermos da comunidade e, particularmente, da família o seu ativo envolvimento. A VD é uma das atividades mais importantes para assegurar essa participação contribuindo para melhorar a qualidade de vida das crianças, jovens e respectivas famílias.

Em contrapartida, “melhorar o estado nutricional da grávida” e “diminuir o parto pré-termo” foram opções não assinaladas pelos inquiridos. Dados que contrariam o estudo de Catarino (2007), em que a resposta mais assinalada foi no sentido da diminuição do parto pré-termo.

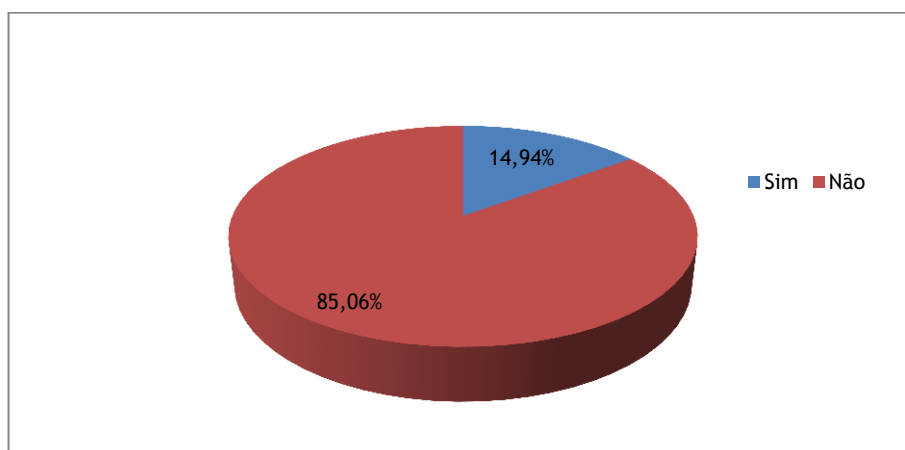
Estudiosos no assunto (Magalhães, 2005; Rodrigues et al., 2006, Cit. por Catarino, 2007) referem que a prematuridade faz parte dos fatores de risco individual da criança tornando-as passíveis de um risco agravado de abuso. Deste modo, todas as intervenções

desenvolvidas neste âmbito potencializam os fatores protetores, aumentando a capacidade de resiliência da criança/adolescente e família de acordo com recomendações da WHO e ISPCAN (2006).

No campo de ação do enfermeiro, as intervenções de EPS no âmbito do abuso infantil (Gráfico 12) têm um papel fulcral na promoção da saúde, o que torna, por inerência das suas funções, um educador para a saúde (OE, 2010). Esta dimensão é bem evidente em algumas conceções de enfermagem como é o caso de Leininger (1984) que define a enfermagem como “uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais ou de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significação física, psicocultural e social, para aqueles que estão assistidos” (Leininger, 1984, p.54).

No nosso estudo a maioria dos enfermeiros (85,06%; n=77) declarou que na EPS não aborda temáticas relacionadas com o abuso infantil (Gráfico 12). Considerando que os enfermeiros podem ter um papel ativo na prevenção do abuso (WHO; ISPCAN, 2006) e que a prevenção do abuso infantil se centra na promoção de saúde às crianças/adolescentes, famílias e populações de risco (Magalhães, 2005; Canha, 2003) parece lícito poder afirmar que os enfermeiros inquiridos têm de aperfeiçoar as suas práticas a este nível. De acordo com Lima (2006) as medidas de intervenção de enfermagem devem estar dirigidas ao crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança, englobando a família e a comunidade na qual o enfermeiro está inserido.

GRÁFICO 12- EPS no âmbito do abuso infantil



Foi colocada uma pergunta aberta para identificar quais as temáticas desenvolvidas no âmbito do abuso infantil nas intervenções de educação para a saúde, da análise das

respostas (Quadro 13) surgiram algumas conclusões, nomeadamente, seis inquiridos não especificaram a temática abordada, dois enfermeiros referiram abordar a prevenção de abusos, dois prevenção de acidentes, um abuso sexual, um relação parental e um negligência. Alguns desses achados são corroborados por Catarino (2007), sendo os mais significativos a prevenção de acidentes, negligência e hábitos alimentares.

QUADRO 13- Temáticas no âmbito do abuso Infantil

TEMÁTICAS	INQUIRIDOS
Prevenção Abusos	2
Prevenção Acidentes	2
Abuso Sexual	1
Relação Parental	1
Negligência	1
Não especificaram	6
Hábitos Alimentares	1
TOTAL	14

É de salientar que as sessões de EPS realizadas pelos enfermeiros são atividades relevantes na promoção da saúde e na prevenção de situações de risco. Para Tones e Tilford (1994, Cit. por. Ferreira, 2002, p.104) a:

“educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Esta definição incorpora implícita e explicitamente muitos dos fatores que influenciam as tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho, 2001).

Como refere Magalhães (2005) a prevenção está classificada em três níveis:

- primária que inclui prestação de serviços à população em geral, tendo em vista o aparecimento de casos de abusos;
- secundária que se relaciona com a prestação de serviços a grupos específicos de risco, a fim de tratar ou evitar novos casos;

- terciária onde se insere a prestação de serviços a vítimas de abusos, para minorar a gravidade das consequências e evitar a recidiva.

Estes três níveis de prevenção necessitam, no entanto, de ser trabalhados numa perspectiva integrada para combate ao problema. Neste pressuposto, as estratégias a implementar devem basear-se no conhecimento de cada criança/adolescente/família.

Com o objetivo de identificar o contexto em que realizavam a educação para a saúde foi solicitado aos inquiridos para indicarem consulta de enfermagem, saúde escolar e VD (Quadro 14). Concluiu-se que a maioria (61,5%) dos enfermeiros a desenvolvia em contexto da consulta de saúde infantil, 46,2% na saúde escolar e 15,4% durante a VD. Estes achados são idênticos aos encontrados por Catarino (2007).

Embora a saúde não dependa exclusivamente da prestação de cuidados, mas também de um conjunto de influências ambientais, culturais e económicas, é inegável o impacto que as ações de educação para a saúde, pertinentes e de qualidade, têm na população infanto-juvenil. Em contexto de CSP, as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde infantil visam facultar os pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental e responder às necessidades imediatas da criança/adolescente/família.

QUADRO 14- Contexto da educação para a saúde

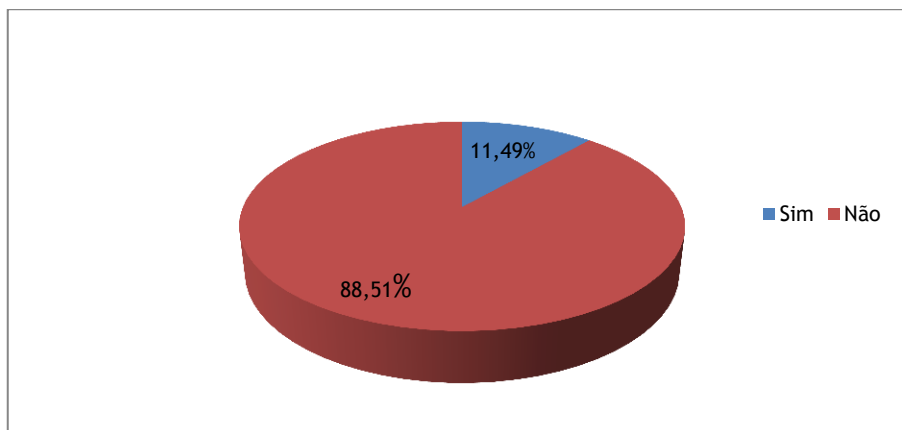
LOCAL	%
Consulta de enfermagem	61,5
Saúde escolar	46,2
Visita domiciliária	15,4

### 3.3- Necessidades de Formação dos Enfermeiros

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

Neste estudo a maioria dos enfermeiros (88,51%; n=81) não possui formação específica na área do abuso infantil (Gráfico 13), o que corrobora os achados de Catarino (2007).

GRÁFICO 13- Formação específica na área do abuso infantil



Dos 11,49% (n= 10) enfermeiros que referiram ter formação específica nesta temática 8% (n=7) obtiveram-na em contexto de auto formação (Quadro 15). Feng e Levine (2005 Cit. por Catarino, 2007) apresentam resultados semelhantes, uma vez que 87% dos inquiridos referiu não ter feito formação sobre abuso infantil. A análise destes resultados leva à constatação que só uma minoria dos enfermeiros participantes no estudo tem investido em formação específica sobre esta temática.

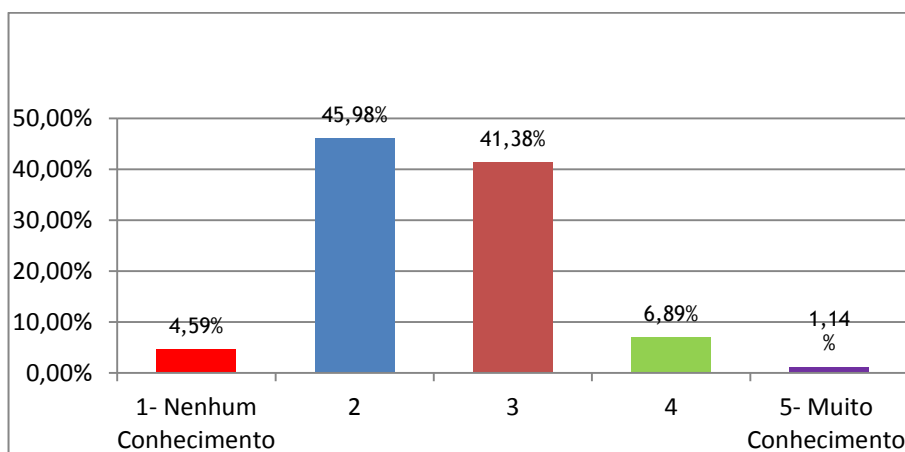
QUADRO 15- Formação específica na área do abuso infantil

FORMAÇÃO ESPECÍFICA NA ÁREA DO ABUSO INFANTIL		Nº	%
<b>Momento Formativo</b>			
<b>SIM</b>	Formação Académica	1	1,1
	Formação Serviço	2	2,2
	Auto Formação	7	7,7
<b>NÃO</b>		81	89
<b>TOTAL</b>		91	100

Para avaliar a auto-perceção dos enfermeiros sobre o seu nível de conhecimentos sobre abuso infantil (Gráfico 14), foi utilizada uma questão fechada onde se solicitou aos enfermeiros que, numa escala de 1 a 5, colocassem um X na opção que melhor correspondesse ao nível de conhecimento sobre abuso infantil que consideravam possuir. Pela análise do gráfico, verifica-se que o nível de conhecimento referido pelos 91 enfermeiros se situa entre 1 (nenhum conhecimento) e 5 (muito conhecimento), apenas 1,14% (n=1) enfermeiro considera que possui muito conhecimento sobre a temática.

Estes dados vêm validar a necessidade formativa nesta temática, para que os enfermeiros desenvolvam intervenções úteis e seguras. Outros investigadores (Marcon et al., 2001, Feng e Levine, 2005 e Catarino, 2007), concluíram igualmente que alguns enfermeiros referiram possuir poucos conhecimentos sobre abuso infantil.

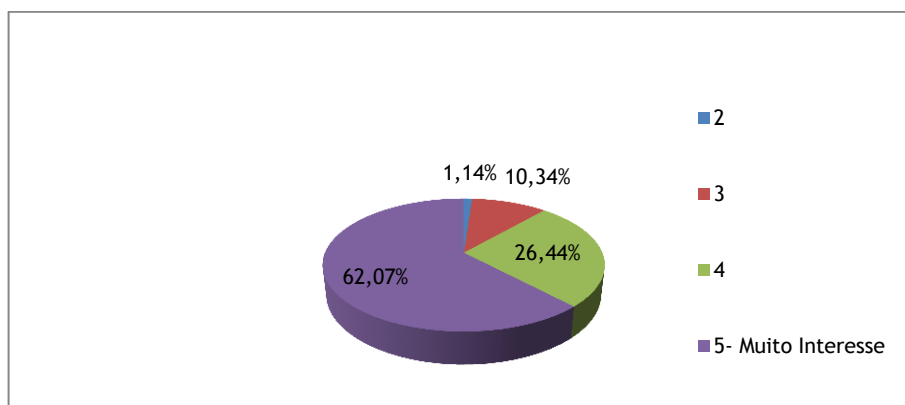
GRÁFICO 14- Auto percepção dos conhecimentos sobre abuso infantil



Relativamente ao interesse em obter formação (Gráfico 15), os inquiridos, indicaram, numa escala de 1 a 5, em que medida tinham interesse em obter mais formação sobre a temática, abuso infantil. Dos 88 enfermeiros que expressaram o seu interesse, este variou entre 2 (1,14 %, n=1) e 5 (62,07%, n=55). Dados corroborados pelo estudo de Catarino (2007).

Estes valores são semelhantes aos referidos por Marcon et al.,(2001, Cit. por Catarino, 2007) e indicam que a maioria dos inquiridos manifesta interesse em fazer formação sobre o abuso infantil até porque nenhum enfermeiro assinalou não estar interessado o que nos leva a concluir que a área da formação sobre o abuso é uma área a investir.

GRÁFICO 15- Interesse em formação sobre a temática



Dos 88 enfermeiros que demonstraram interesse em fazer formação (Quadro 16), os conteúdos mais selecionados foram: diagnóstico do abuso infantil (87,4%), programa de intervenção familiar (79,3%) e enquadramento legal em matéria de proteção da infância (62,1%). Dados semelhantes aos obtidos por Catarino (2007).

A formação em técnicas de comunicação, foi um conteúdo selecionado por 54% dos enfermeiros o que nos faz refletir sobre o interesse que demonstram em aumentar a capacidade de relacionamento interpessoal e a capacidade de comunicação, bem como, potenciar atitudes comunicacionais facilitadoras no processo de comunicação.

Um enfermeiro sugeriu outra temática formativa para além das propostas, mas não especificou.

Os conteúdos para a formação definidas pelos inquiridos, vão no sentido das recomendações nacionais e internacionais de forma a possuírem conhecimentos que lhes permitam intervir na deteção e sinalização do abuso e na sua prevenção (Catarino, 2007; DGS, 2011).

QUADRO 16- Conteúdo para formação

CONTEÚDO	%
Técnicas de comunicação	54
Diagnóstico do abuso infantil	87,4
Enquadramento legal em matéria de proteção da infância	62,1
Programas de intervenção familiar	79,3
Programas de intervenção na escola	27,6
Programas de intervenção comunitária em grupos de risco	44,8
Outro	1,1

## 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação foi uma oportunidade de descoberta e um constante desafio no percurso que agora se conclui, visto ter sido o primeiro trabalho como investigadora principal.

Ao longo deste trabalho reconheceu-se a importância das práticas e comportamentos dos enfermeiros serem sustentadas no reconhecimento dos conceitos, multiformas e multicausalidades do abuso infantil. Este quando ocorre tem impacto direto na saúde e reflexo no cenário social gerando desajustes individuais e familiares que concorrem para o aumento de outros tipos de violências. Diversos estudos têm comprovado a magnificência da problemática e justificado a necessidade de uma intervenção consolidada no conhecimento científico. Neste sentido, foi nossa intenção identificar as práticas, comportamentos, conhecimentos e necessidades formativas dos enfermeiros face à criança e adolescente vítima de abuso infantil.

A especificidade e a complexidade da abordagem das situações de abuso infantil tornam fundamental a partilha do conhecimento e a atuação interdisciplinar para que se possa exercer de forma adequada a função de proteção da criança/adolescente. Este é um compromisso ético e social que necessariamente tem que ser assumido pelos enfermeiros.

As conclusões do nosso estudo evidenciam que:

- 57% dos enfermeiros já contactaram com crianças vítimas de abuso e as situações mais identificadas foram a negligência, a disfunção parental/familiar, a suspeita de abuso sexual e o abuso físico. O encaminhamento para os técnicos de serviço social, para o médico de família e avaliar/monitorizar os comportamentos da criança foram as atitudes mais referenciadas pelos enfermeiros;
- 45,88% dos enfermeiros afirmaram não existir manual de procedimentos para a situação de abuso infantil.

- 32,56% referem não realizar VD às famílias de risco apesar de apontarem que esta contribui para melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança e, também, incrementa o apego familiar.

- 14,94% dos enfermeiros desenvolveram intervenções de educação para a saúde relacionadas com abuso infantil e quando o fizeram as sessões realizaram-se nas atividades/programas: consulta de enfermagem e na saúde escolar.

- A maioria dos enfermeiros afirmou não possuir formação específica na área do abuso infantil, a auto formação foi o contexto mais referenciado para obtenção desse conhecimento, e referiu ter muito interesse em obter mais formação na área do abuso infantil.

- A análise dos resultados, relativamente às práticas e comportamentos dos enfermeiros, face à criança/adolescente vítima de abuso em função das quatro subescalas, mostra que realizam melhores práticas e comportamentos ao nível da intervenção precoce na criança e família de risco ( $M=3,04$ ) e que o fator Promoção do bem-estar e segurança da criança, é o que apresenta valores mais baixos ( $M=2,15$ ), contribuindo pouco para as boas práticas.

Estas conclusões colocam aos enfermeiros inúmeros desafios pessoais e profissionais quando confrontados com crianças, adolescentes e famílias envolvidos em situações de abuso, dos quais destacamos:

- o fortalecimento da rede de proteção primária, nesse caso, a família, e da rede secundária, que envolve diversos profissionais e instituições direcionadas à proteção e garantia dos direitos da criança/adolescente;

- a intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, que deve incidir, na prestação de cuidados de maior complexidade a criança em risco e sua família, salientando a componente técnica, científica, humana e relacional, dando especial relevo aos cuidados centrados na família e na ajuda à família na aquisição competências parentais.

No sentido de melhorar a situação encontrada neste estudo propomos o desenvolvimento de estratégias para que o ACES e o NACJR respondam de forma apropriada e eficaz à questão do abuso infantil. Estas passam por:

- promover a consciencialização dos profissionais de saúde para esta temática através da formação específica;

- promover uma cultura institucional de atendimento a estas crianças/adolescentes baseado no manual de procedimento, de protocolos de intervenção e encaminhamento específicos;

- assegurar formas de resposta rápida e integrada com a colaboração das diferentes unidades funcionais, criando-se uma rede de parcerias informais (família) e formais (rede comunitária) na área de abrangência do ACES.

Na concretização destas estratégias sugerimos medidas formativas sobre conceitos, tipologias e fatores de risco; utilização de instrumentos de avaliação, definição/divulgação de critérios de referenciação, reuniões regulares com o NACJR, de forma a uniformizar e dar continuidade aos cuidados e reuniões para divulgação dos resultados.

Entendemos que o presente estudo deu resposta aos objetivos inicialmente propostos que foram identificar as práticas, comportamento e conhecimento dos enfermeiros face à criança e adolescente vítima de abuso e as necessidades de formação dos enfermeiros sobre abuso infantil. A compreensão do fenómeno em questão permitirá a implementação de medidas que melhorem a prática de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias, e desta forma a obtenção de ganhos em saúde.

Ao finalizarmos este trabalho fica evidente que um longo caminho ainda há-de ser percorrido até que crianças e adolescentes possam ter os seus direitos mais fundamentais garantidos. Sugerimos, para futuras investigações, a continuidade de estudos relacionados com as práticas, comportamentos, conhecimentos e necessidades formativas dos enfermeiros -CSP e hospitalares e de outros estudos, com vista a identificar intervenções de Enfermagem promotoras de boas práticas às crianças/adolescentes e famílias vítimas de abuso . E, ainda reconhecemos as limitações do estudo, que não são a admissão do fracasso, mas algo a considerar na análise dos resultados e conclusões, das quais destacamos:

- O tempo disponível para a sua execução foi limitado, o que não permitiu alargar a amostra e incluir enfermeiros de outros ACES;
- A inexperiência no âmbito da conceção, implementação e avaliação de um estudo de investigação.

Consciente destas limitações, associadas a inexperiência na investigação, este estudo representou um duplo desafio, quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Uma palavra final para todos os enfermeiros que labutam com crianças/adolescentes e suas famílias: mudar práticas e comportamentos não é fácil, mas este trabalho pode contribuir significativamente para a sensibilização dos profissionais para que assumam o seu importante papel frente à magnitude e complexidade dos abusos contra crianças e adolescentes. Tal como referem Senge e colaboradores (1994) toda a organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem. Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo.

## BIBLIOGRAFIA

ALBERTO, Isabel - *Maltrato e Trauma na Infância*. Almedina: Coimbra, 2006.

ALGERI, Simone - *Violência Intrafamiliar contra a Criança no Contexto Hospitalar e as Possibilidades de Atuação do Enfermeiro*. *Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, 2007, ano 2, nº27, p. 57-60.

ALMEIDA, Ana Nunes; ANDRÉ, I. M.; ALMEIDA, H. N. - *Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal: relatório final*. Lisboa: Assembleia da República, 2001.

ALMOARQUEG, Sheila Rovinski; JUNGBLUT, I.C.O.-ISSI, H.B.- *Trabalhando pela Reconstrução da Infância: O Papel da Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica no Programa de Proteção à Criança do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, 1999.

ALVES, José Carlos Moreira - *Direito Romano*. Vol.2 Rio de Janeiro: Forense, 1977.

AMBRÓSIO, Ubiratan - *Representação Familiar em Crianças Separadas da Família: Estudo em Crianças Institucionalizadas*. Lisboa Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009. Monografia de Licenciatura.

ASSIS, Gisela - *Violência contra Crianças e Adolescentes: O Grande Investimento da Comunidade Acadêmica na Década de 90*. In: MINAYO M.C.S; SOUZA E.R. organizadores. *Violência sob o Olhar da Saúde: A Infrapolítica da Contemporaneidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.282.

ATKINSON Anthony Barnes; HILLS, J. - *Exclusion, Employment and Opportunity*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, 1998.

AZEVEDO, Maria do Céu; MAIA, Â. C. - *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi, 2006.

BAER, Judith - The Effects of Family Structure and SES on Family Processes in Early Adolescence. *Journal of Adolescence*, nº 22, 1999, p. 341-354.

BARUDY, Jorge - *El Dolor Invisible de la Infancia. Una Lectura Ecosistémica Del Maltrato Infantil*. Barcelona: Paidós, 1998.

BEAGLEHOLE, Raquel; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. - *Basic Epidemiology*. Geneva, World Health Organization, 1993.

BEE, Helen - *The Developing Child 7<sup>a</sup> ed.* New York: HarperCollins College Publishers, 1995.

BENTOVIM, Arnon; MILLER, L. B. - Evidence-Based Assessment of Parenting Capacity, Family Relationships and the Wellbeing of the Child in Family Violence, Child Abuse and Neglect: The Introduction and the use of Clinically Developed and Scientifically Evaluated Assessment Tools. In: *XIth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect*. Lisbon, 18th - 21st November, 2007.

BERMAN, Helene, HARDESTY, J.; HUMPHREYS, J. - *Children of Abuse Women*. HUMPHREYS, Janice; CAMPBELL, J. C. - *Family Violence and Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams; Wilkins, 2004, p.150-185.

BOWLBY, John - *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

\_ Pathological Mourning and Childhood Mourning. In R. Frankel *Essential Papers on Object Loss*. New York: University Press, 2002.

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes por Profissionais de Saúde: Um Passo a Mais na Cidadania em Saúde. Brasília, 2002.

\_ Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes. *Prevenção de Violência e Promoção da Cultura de Paz*. Você é a peça principal para enfrentar este problema. Brasília, 2009.

BRAZELTON, Thomas Berry - *Tornar-se Família: O Crescimento da Vinculação, Antes e Depois do Nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000.

BRITO, Irma - Promoção da Saúde nos Jovens Utilizando a Educação pelos Pares: Intervenções com Estudantes de Enfermagem e Jovens Enfermeiros. *Enfermagem e o Cidadão*. Jornal da Seção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, Ano 7, Nº 19 (Junho, 2009), p.6-7.

BROFENBRENNER, Urie - *Toward and Experimental Ecology of Human Development*. *American Psychology*, nº 32, p.513-531, 1977.

\_ Ecological Systems Theory. *Annals of Child Development*, nº 6, 1989, p.249-287.

\_ Ecology of the family as a contexto for human development research perspectives. *Development Psychology*, Vol.22, nº 6 (1999), p.723-742.

*A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

\_ *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BYNNER, Jonh - Childhood Risks and Protective Factors in Social Exclusion. *Children and Society*, nº 15, 2011, p. 285-301.

CALHEIROS, Maria Manuela; GARRIDO, M.V.; SANTOS, S.V.- *Crianças em Risco e Perigo: Contextos, Investigação e Intervenção*. Vol 1. Sílabo: Lisboa, 2011.

CANHA, Jeni- *Criança Maltratada: O Papel de uma Pessoa de Referência na sua Recuperação*. Estudo prospectivo de 5 anos, 2ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2003.

CANSADO, Teresa. - *Institucionalização de Crianças e Jovens em Portugal Continental: o Caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social* [em linha]. [consultado em 14 de Maio de 2013], Disponível em: URL: <http://www.ces.uc.pt/ecadernos/media/documentos/ecadernos2/Teresa%20Cansado.pdf2008>

CARDOSO, Emauela da Silva; SANTANA, J.S.; FERRIANI, M.G.C. - Criança e Adolescente Vítimas de Maus-Tratos: Informações dos Enfermeiros de um Hospital Público *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, Ano 14, nº4 (Out-Dez 2006), p.524-530.

CARNEIRO, M.R. - *Crianças de Risco*. ISCSPL, 1997, p. 551-574.

CARMO, Rui do; ALBERTO, I.; GUERRA, P. - *O Abuso Sexual de Menores: Uma Conversa sobre Justiça entre o Direito e a Psicologia*, 2º Ed. Coimbra: Almedina, 2006.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, G. S. - *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidade de Formação*. Lisboa: Lusociência, 2006.

CARVALHO, Graça Simões - *Literacia e Educação para a Saúde no Virar do Século*, Universidade do Minho (Não publicado), 2001.

CATARINO, Helena- *Maltrato Infantil: Actitudes y Conocimientos de los Educadores*. Badajoz: Universidade de Extremadura, 2009. Tese de Doutoramento

\_ *Mau Trato Infantil Práticas e Comportamentos dos Enfermeiros*. Leiria, 2008. Tese a ser apresentada para apreciação e discussão em provas públicas para professor coordenador

CASEY, James - *História da Família*. Lisboa: Círculo de Leitores, 1996.

COLLIÈRE, Marie-Francoise - *Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1989.

COLL, Cesar; PALACIOS, J.; MARQUESI, A. - *Desenvolvimento Psicológico e educação- Psicologia da educação*. Vol. 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO - *Tipologia das Situações de Perigo para a Criança e jovem*. Lisboa: CNPCJR, 2005 [Consultado a 20 de Dezembro de 2012]. Disponível na Internet: [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp).

\_ *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*, Lisboa, 2012.

\_ *Atividade Processual da CPCJ 1º Semestre de 2013*. Lisboa: CNPCJR, 2013.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Do original ICNP Version 2, INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

CÔRTEZ, Majó - *Visita Domiciliária* [em linha]. [Consultado em 14 de Maio de 2013]. Disponível em: URL [http://marcelacortes.vilabol.uol.com.br/visit\\_domici.htm,2001](http://marcelacortes.vilabol.uol.com.br/visit_domici.htm,2001).

COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARBONE, M.H. - *Saúde da Família. Uma Abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

COSTA, Maria Augusta Marques de Almeida - *A Gravidez na Adolescência Perspetiva dos Enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2002. Tese de Mestrado

COSTA, Maria Emília - *Novos encontros de amor- Amizade, Amor e Sexualidade na Adolescência*. Âmbar: Porto, 1998.

COSTA, Maria Manuela Gonçalves Teixeira da - *A Prática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.

CUNHA, Janice Machado - *A atenção de Enfermagem à Criança Víctima de Violência Familiar*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2007.

CURITIBA Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - *Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência* Revista Atualidades. 3ª Ed. Curitiba, 2008.

DECRETO-LEI nº 147/99.D.R. I Série. Nº 204 (99-09-01), p. 6115-6132.

DECRETO-LEI Nº 437/91. D.R. I Série. Nº 257 (1991-11-08), p.5723-5741.

DIAS, I - *Violência na Família: Uma Abordagem Sociológica*. Afrontamento: Porto, 2004.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Maus Tratos em Crianças e Jovens. *Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2011.

DUNCAN, Greg Jeanne, BROOKS-GUNN, J. - *Consequences of Growing Up Poor*, Russell Sage Foundation Press, Nova Iorque, NY, 1997.

ENGLISH, BANGDIWALA,S.; RUNYAN, D. - The Dimensions of Maltreatment: Introduction. *Child, Abuse e Neglect*. nº 29 , p 441-460, 2005.

FELDMAN, Kenneth W.; BROWN, M. - Drowning in Child Fatality Review. In: Case M: *child fatality review:an interdisciplinary guide and fotografic reference*, Alexander R, Downs eds, GW Medical publishing , p. 311-318, 2007.

FENG, Jui-Ying; LEVINE, M. - Factors Associated With Nurses' Intention to Report Child Abuse: a National Survey of Taiwanese Nurses. *Child Abuse and Neglect*. Vol 29 , p. 783-794, 2005.

FERNANDES, Susana Maria Conde - Consumo de Tabaco e de Álcool nos Adolescentes do Concelho de Mogadouro. Porto: ESEP, 2012. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

FERREIRA, Tereza - *Em Defesa da Criança. Teoria e Prática Psicanalítica da Infância*. Lisboa: Assírio e Alvim, 2002.

FERREIRA, Maria Margarida da Silva Reis Santos - *Estilos de Vida na Adolescência: De Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Doutoramento.

\_ Efficacy of Implementation Intentions Intervention on Prevention of Smoking Among Adolescents. *Evidence-Based Nursing*. ISSN: 0104-1169. Vol. 14, p.81-82, 2011.

FILHO, Irineu; PONSE, R., ALMEIDA, S. - *As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola Revista Psicologia da Educação: São Paulo, nº 29 (Dez 2009)*. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752009000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752009000200003&script=sci_arttext).

FONSECA, Maria Rosário [et al] - A Criança Maltratada: Uma perspectiva de Enfermagem. *Revista Nascer e Crescer*. Vol.8, nº4, p. 251-252, 1999.

FONSECA, António - *Comportamento Antissocial e Família: Uma Abordagem Científica*. Almedina: Coimbra, 2002.

\_ - Crianças e Jovens em Risco: Análise de Algumas Questões Atuais. *In Crianças e Jovens em Risco - Da investigação à Intervenção*. Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra: Almedina, 2004, p. 11-37.

FONTES, E.M.; LIRA, M.M.F.L. - Violência Física contra a Criança e o Adolescente. *In VILELA, L.F. (Coord.). Enfrentando a violência na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal*. Brasília, 2005.

FORSYTH, Bibsi - Síndrome de Munchausen por Procuração. *In L. Melvin (Org). Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995, p.1042-1049.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FREIXO, Manuel João Vaz - *Metodologia Científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*, Instituto Piaget: Lisboa, 2011.

FURTADO, Odair; BOCK, A.M.B.; TEIXEIRA, M.L.T. - *Psicologias: Uma Introdução ao Estudo de Psicologia*. 13ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

GAGE, J.D.; EVERETT, K.D.; BULLOCK, L. - Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship* , p.56-62,2006.

GALLARDO, António José - *Maus-Tratos à Criança*. Porto editora: Porto, 1994.

GARBARINO, Jossey - *Children and Families in the Social Environment*. 2ª Ed. New York: Aldine de Gruyter, 1992.

GARBARINO, Jossey; GUTTMAN, N.; SEELEY, J.W- *The Psychologically Battered Child*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers, 1986.

GARY, Faye; HUMPHREYS, J. - Nursing Care of Abused Children. In: HUMPHREYS, Janice; CAMPBELL, J. C. - *Family Violence and Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams ; Wilkins, p 252-287, 2004

GASPAR, Teresa - Bem- Estar na Infância e Adolescência: Fatores Ligados ao Risco e Fatores Ligados à Proteção. In *Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, p.171-176, 2009.

GIMENO, Amaro - *A família. O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

GONÇALVES, Helena - *Infância e Violência no Brasil*. Rio de Janeiro: Faperj / Nau, p.257, 2003.

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapibina - *Prevenção da Gravidez na Adolescência. Atuação da enfermagem na perspectiva da promoção da saúde*. Ceará: Universidade Federal, 2008. Tese de Mestrado em Enfermagem.

HANSON, Shirley May Harmon - *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência, 2005.

HENNESSY, D.; GLADIN, L. - *The Report on the Evaluation of the WHO Multi-Country Family Health Nurse Pilot Study*. OMS: Copenhague [em linha], 2006. [Consultado em 10 de Outubro 2013]. Disponível em <http://www.who.int/en/,2006>.

HOCHENBERRY, Marilyn; WILSON, D. WINKELSTEIN, M. L. - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - Relatório Estatístico SOS Criança. Lisboa: IAC, 2002.

JOBIM e SOUZA, Solange. *Infância e Linguagem: Bakhtin, Vygotsky e Benjamin*. 6ª. Ed. São Paulo: Papirus, 2001.

KEMPE, Serie; KEMPE, H. - *Ninos Maltratados*. Morata: Madrid, 1984.

KEMPE, Ruth; KEMPE, C. - *Child Abuse*. London: Fontana, 1978.

KULIK, Eduardo; FLEITER, M.; BATISTA, R. - A intervenção do enfermeiro na violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Coren: PR, 2011.

LEANDRO, António de Lemos - *Direito e Direitos: Para um Real Cumprimento dos Direitos da Criança e da Família*. Stress e Violência na Criança e no Jovem. Editor João Gomes. Clínica Universitária de Pediatria. Departamento de Educação Médica, 1999.

LEININGER, Madeleine - *Care: The Essence of Nursing and Health*. New York: Charles B. Slack, 1984.

LEVY, Manuel; CARVALHO, M.C; RODRIGUES, C.C; SANTOS, H.M. - *A Criança Maltratada*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986.

LIDCHI, Victoria- *Maus tratos e Proteção de Crianças e Adolescentes: Uma Visão Ecosistémica*. Instituto Noos: Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, G.T. - Registros dos enfermeiros no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Paraíba, 2009.

LIMA, Licinia - *Os Maus Tratos Infantis*. [em linha]. [Consultado em 15 de Maio de 2013]. Disponível em: URL: [http://www.multiculturas.com/textos/maustratos\\_infantis\\_Licinia-Lima.pdf](http://www.multiculturas.com/textos/maustratos_infantis_Licinia-Lima.pdf).

LINO, S.C.A. - *Violência Conjugal no Feminino: Práticas dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários*. Porto, 2012. Tese de Mestrado.

LUTHAR, Suniya - *Poverty and Children's Adjustment. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series*; Vol. 41. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999.

MACHADO, José Pedro - *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Vol. II. 3ª Ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1997.

MACHADO, Carla; GONÇALVES, R.A. - *Violência e Vítimas de Crimes: Vol 2- Crianças*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

MAGALHÃES, Teresa. - *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. 4ª Ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

\_ *Abuso de Crianças e Jovens, Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel, 2010.

MARANHÃO, V.F. - Prevalência de maus tratos em crianças e adolescentes ocorridos na cidade do Recife Pernambuco. Pernambuco: Universidade de Pernambuco, 2005. Tese de Mestrado.

MARCON, Sónia Silva; TIRADENTES, L.K.; KATO, E.S. - Conhecimento, Atitudes e Crenças de Profissionais de Saúde de Maringá frente a Violência Familiar contra a Criança e Adolescente. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol 13, nº1, p. 35-47, 2001.

MARSLAND, Louise - Child Protection: The Interagency Approach. *Nurs. Stand.*, Vol. 8 , nº. 33, p. 25-28, 1994.

MARTINET, Sindy - *Maus Tratos: Primeiros Sinais* - Fatores de Risco. (Suplemento 1 - Maus Tratos. Agressores e vítimas no contexto social). *Inuaf Studia*, Ano 1 , p.67-77, 2007.

MARTINEZ ROIG, Antonio; PAUL O.J. - *Mau Trato y Abandono en La Infância*, Barcelona: Martinez Roca, 1993.

MARTINS, Carla - Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS. Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir. Braga: Psiquilíbrios, 2011.

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, H. - *A Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com Famílias*: Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ: RJ, Ano 4.nº. 1, 2004.

MARTINS, Paula Cristina - *Proteção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco: Representações Sociais, Modos e Espaços*. Braga: Universidade do Minho, 2004. Tese de Doutoramento.

MATOS, Raquel; FIGUEIREDO, B - Maus Tratos à Criança: Fatores de Risco e Fatores Protetores. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol 22, (Jul- Set), nº 3, p.280, 2001.

\_ Maus Tratos e Negligência à Criança: Ressituação de uma Problemática. *Infância e Juventude*. Lisboa, nº 1 (Jan-Mar), p.121-134, 1997.

MCLOYD, Vonnie - Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, nº 53 , p.185-204, 1998.

MELO, Maria Aparecida - *Concepções de Adolescência em Jean Piaget* <https://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/concepcoes-de-adolescencia-em-jean-piaget,2009>.

MILLER, Brent; FOX, G. - Theories of Adolescent`s Heterosexual Behaviour. *Journal of adolescent research*. Nº 2 , p.269.282, 1987.

MILLER-PERRIN, Cindy; PERRIN, R. - *Child Maltreatment: an Introducion*. Thousand Oaks: Sage, 1999.

MILNER, Jonh S. - Physical Child Abuse Assessment: Perpetrator Evaluation. In: *Assessing Dangerousness. Violence by Sexual Offenders, Bateres , and Child Abuse*, California: Campbell JC Sage, p. 41-67, 1995.

MINISTÈRIO DA SAÚDE- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 - *Estratégias para a Saúde, III.1) Eixos Estratégicos- Cidadania em Saúde (Versão Discussão)*. [Em linha] 2011 [Consult. 10 Out 2013].Disponível em URL: <http://www.acs/pt.min-saude.pt/pns2011-2016/files/20>.

MOSQUERA, Juan José Mouriño.,STOBAUS,C.D. - *Educação para a Saúde: Desafio para a Sociedade em Mudança*. 2ª Ed. Porto Alegre: DC. Luzatto, 1984.

MUELLER, Nelson; SILVERMAN, N. - Peer Relations in Maltrated Children. In: Cicchetti. V; V. Carlson (eds.), *Child maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. New York: Cambridge University Press, p.529-578, 1989.

MYERS, Jonh E. B.;BERLINER,L.;BRIERE,J.;HENDRIX,C.T.;JENNY,C. ; REID,T.A- *The APSAC handbook on child maltreatment*. C.A: Sage Publications, 2002.

NUNES, Lucília - *Ética na Investigação em Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência, 2005.

NUNES, Sónia- *Indicadores de Maus Tratos Infantis: Um Estudo Exploratório em Crianças do 1º ciclo do Concelho de Olhão-Algarve*: Universidade do Algarve, 2009. Tese de Mestrado em Psicologia.

OLIVEIRA, Teresa - *Tese de Dissertação: Recomendação para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: RH, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico dos Enfermeiros [em linha]. 2009. [Consultado em 01 de Abril de 2013].Disponível URL:<http://www.ordmenfermeiros.pt/legislação/Documentos/legislaçãoOE/CódigoDeontológico.pdf>.

\_ *Investigação em Enfermagem -Tomada de Posição*. [Em linha] Abril 2006 [Consult. 30/01/2013]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).

\_ *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de Saúde da criança e do jovem*. Lisboa, 2010.

\_ *Dados Estatísticos, 2000 - 2012, 2012*.

OLIVEIRA, António Manuel Gouveia de - *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação, Teorias e Aplicações*. Lisboa: Lidel, 2009.

OUTEIRAL, José - *Adolescer: Estudos sobre a Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PARKER, Barbara- Abuse During Pregnancy. In *Family Violence and Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams ;Wilkins, p. 77-96, 2004.

PARTON, Nigel; THORPE, D.; WATTAM, C. *Child Protection: Risk and the Moral Order* MacMillan Press: Basingstoke, 1997.

PAUL, Joaquim de; ARRUABARRENA, M. - *Maltrato a los Ninos en la Familia*. Madrid: Pirâmide, p.13-101, 1997.

PEIXOTO, Ana Patrícia Rodrigues - *Maus Tratos na Infância: Uma Perspectiva do Bairro da Colina*. Porto: Universidade Portucalense, 2007. Tese de Mestrado.

PENHA, Maria Teresa - *Crianças em Risco*. Lisboa, 1996.

PEREIRA, Alexandre - *SPSS Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 7ª Ed. Lisboa: Sílabo, 2008.

PIAGET, Jean e INHELDER, B. - *Da Lógica da Criança a Lógica do Adolescente*. São Paulo: Ed. Pioneira, 1976.

PIAGET, Jean - *A construção do real na criança*. 3ª Ed. São Paulo: Ática, 2003.

PINTO, Teresa; PIEDADE, A.; PINTO, P. - Educação Para a Saúde. In *Saúde e Qualidade de Vida em Análise .IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Atas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2009.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - Programa - Tipo de atuação. Lisboa, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Saúde Infantil e Juvenil*, 2002.

\_ *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. Ação de Saúde para Crianças e Jovens, 2011.

\_ *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação*. 2ª Ed. Lisboa: DGS, 2002.

POLIT, Denise; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRILLELTENSKY, Isaac; NELSON, G. - Promoting Child and Family Wellness: Priorities for Psychological and Social Interventions. *Journal of Community e Applied Social Psychology*, nº10, p. 85-105, 2000.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2008.

RAMOS, Marta Lúcia Cabreira Ortiz; SILVA, A.L. - Estudo sobre a Violência Doméstica contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo [Em linha]. Brasil. Saúde. São Paulo. Vol 20,nº.1, p.136-146,2011. [Consultado em 10 Novembro 2012] Disponível em URL: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/16.pdf).

RAMOS, Tânia Catarina - *A Intervenção na Criança/Jovem em Risco*. Porto: Universidade do Porto, 2008. Tese de Mestrado.

RELVAS, Ana Paula - *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. 2ªEd. Porto: Afrontamento, 2000.

REIS, Victor José Oliveira - *Crianças e Jovens em Risco- Contributos para a Organização de Critérios de Avaliação de Fatores de Risco*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Doutoramento em Psicologia e Ciências da Educação.

RIBEIRO, Maria José dos Santos - *Ser Família: Construção, Implementação e Avaliação de um Programa de Educação Parental*. Braga: Universidade do Minho, 2003. Tese de Mestrado.

RIBEIRO, Catarina - *A Criança na Justiça- Trajetórias e Significados do Processo Judicial de Crianças Vítimas de Abuso Sexual Intrafamiliar*. Coimbra: Almedina, 2009.

RIBEIRO, José - *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Ed. Porto: Livpsic Psicologia, 2010.

RODRÍGUEZ LAFUENTE, Maria Elena - *Maltrato Infantil. Vivencias en Adolescentes*. Interpsiquis, 2006. [Consult. 23 de Setembro de 2013]. Disponível em URL: <http://www.psiquiatria.com>.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, A.; BARROSO, T. - *Educação para a Saúde - Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau, 2005.

SANTOS, Raquel Alexandra Silva - *Dos Processos aos Discursos: Uma Análise na CPCJ da Maia*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2008. Tese de Mestrado.

SARMENTO, Manuel Jacinto - Essa Criança que se Desdobra. In *Pátio Educação Infantil*, Ano 2, nº6, p.14-17, 2005. SBP /Fiocruz /MJ, 2001. Guia de Atuação frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência. Rio de Janeiro.

SENNA, Sylvia ; DESSEN, Maria - *Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Conceção Contemporânea da Adolescência. Universidade de Brasília* Vol.28 (Jan-Mar) nº. 1, p. 101-108, 2012.

SENGE, Peter [et al.] - *A Quinta Disciplina. Caderno de Campo: Estratégias para Construir uma Organização que Aprende*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

SILVA, Lúgia Maria Pereira da; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.L. - Atuação da Enfermagem frente à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Set/Out, p.919-924,2011.

SILVA, Lúgia Maria Pereira da - *Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Abuso Sexual: O Discurso dos Profissionais da Saúde*. Ceará,2006. Tese de Mestrado.

SOARES, Natália Fernandes - *Crianças em Risco: Passado e Presente. Alguns contributos para a Compreensão Histórico-Social da Problemática das Crianças Maltratadas e Negligenciadas*. Infância e Juventude: Lisboa, nº 1 (Jan-Mar), p. 35-51, 1997.

SORIANO FAURA, Francisco Javier - *Promoción del Bueno Trato y Prevención del Maltrato en la Infancia en el Ambito de la Atención Primaria de la Salud*. Madrid: PrevInf (AEpap)/ PAPPS Infancia y Adolescência, 2005. [Acedido a 10 de Outubro de 2012]. Disponível em URL: <http://www.aepap.org/previnfad/maltrato.html> .

SOUSA, Liliana- *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto, 2005.

SOUSA, Maria; BAPTISTA, C.- *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. 2ª Ed. Lisboa: Lidel, 2011.

SOUSA, Arlete; CARVALHO, E.; CORDEIRO, M. - *Promoção da Saúde em Saúde Infantil. Manter a Criança Saudável: Texto de Apoio 4 (Tradução e adaptação de Guidelines For Health Promotion)*. Lisboa: Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Infantil, 1990.

SUDBRACK, Maria de Fátima - *Construindo Redes Sociais: Metodologia de Prevenção à Drogadição e à Marginalização de Adolescentes de Famílias de Baixa Renda*. São Paulo: Press Grafite, 1996.

SCHERER, Edson Artur; SCHERER, Z.A.P. - A Criança Maltratada: Uma Revisão da Literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol.8, nº 4, p.22-29, 2000.

SZINOVACZ, Maximiliane - Using Couple data as a Methodological Tool: The case of marital violence. In *Journal of Marriage and the Family*, Vol.44, p.633-644, 1987.

TAVEIRA, Francisco José Monteiro de Paiva - *Análise do Abuso Sexual em Crianças e Jovens no Contexto Intra e Extrafamiliar*. Porto: Universidade do Porto, 2007. Tese de Mestrado.

TONES, Keith; TILFORD, S. - *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equity*. London: Chapman ; Hall, 1994.

UNICEF- *A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations*. Disponível em URL: <http://www.unicef-icdc.org>. The United Nations Children's Fund, 2003.

VIEIRA, Margarida - *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda., 2009.

VILELAS, José - *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª Ed. Lisboa: Sílabo, 2009.

VITORIA, Paulo dos Santos ; SILVA, S. - *Programa de Prevenção do Tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico*. Conselho de Prevenção do Tabagismo. Lisboa, 2000.

*A Influência da Família e da Escola na Sexualidade do Adolescente*. Coimbra: Formasau, 2009.

WEINRAUB, Munio; WOLF, B. - Stressful life events, social supports, and parent-child interactions: Similarities and differences in single and two-parent families. In, *Research on Support for Parents and Infants in the Postnatal Period*. New Jersey: Ablex Press, p. 114-135, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), ISPCAN- *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: World Organization, 2006

\_ *Good Health Starts with Healthy Behaviour* [Em linha].2011 [Consult. 10 Dez 2012]. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home> .

\_ *Adolescent Friendly Health Services- an agendaor change*. Geneva: WHO, 2002.

\_ *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Genebra: WHO Press, 2006.

## ANEXOS



## **ANEXO I- Pedido de Autorização para Utilização do Questionário**



**Pedido de autorização Para a utilização do questionário Mau Trato Infantil**

Arlete Araújo  
Fernanda Craveiro  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Exma Sra Professora Doutora HELENA DA CONCEIÇÃO BORGES PEREIRA CATARINO, frequentamos o 2º ano do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Encontramo-nos a realizar uma dissertação sob a orientação da Professora Doutora Ilda Fernandes, cuja finalidade é *conhecer as barreiras dos enfermeiros perante crianças e jovens vítimas de abuso*.

Tendo tomado contato com o trabalho “**Mau trato infantil** - práticas e comportamentos dos enfermeiros”, no âmbito da sua dissertação para professor coordenador, vimos por este meio e através da sua pessoa, solicitar autorização para utilizar o questionário aos enfermeiros de cuidados de saúde primários e hospitalares, com algumas atualizações.

Agradecemos desde já toda a cooperação prestada a este respeito, importante para a realização deste estudo que, com boas perspectivas, irá, de certo, irradiar alguma luz sobre esta temática.

Para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, estaremos ao dispor através dos telemóveis 96 6352352 / 968431873 , do correio electrónico [arl.m.araujo@gmail.com](mailto:arl.m.araujo@gmail.com) e [femandacraveiro@hotmail.com](mailto:femandacraveiro@hotmail.com)

Atenciosamente,

Porto, 6 de Novembro de 2012

Fernanda Craveiro  
Arlete Araújo

Tomei conhecimento do  
Projecto de investigação  
& autorizo a utilização de  
instrumentos de coleta de  
dados, a produção o conhecimento  
dos resultados.  
Helena Catarino



**ANEXO II- Autorização da Diretora Executiva do Agrupamento dos  
Centros de Saúde do Grande Porto VII- Gaia**



Fernanda Craveiro de Carvalho dos Santos  
968431873  
[fernandacraveiro@hotmail.com](mailto:fernandacraveiro@hotmail.com)

Exma Presidente do Conselho Executivo  
ACES Grande Porto VII-Gaia  
Dra Isabel Chaves e Castro  
Rua D.Maria Costa Bsto,s/n  
4430-381- VNG

**ASSUNTO:** Aplicação de Questionário

Enfermeira a desempenhar funções na equipa de Saúde Escolar da UCSP Barão do Corvo, a desenvolver um trabalho de investigação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, intitulado " **Atitude dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários face á Criança e Adolescente vítima de abuso.**"Este estudo tem com objetivos, identificar as práticas e comportamentos dos enfermeiros perante crianças e adolescentes vítimas de abuso, bem como as necessidades formativas nesta área.

Pretende-se contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem, impedindo a perpetuação das situações de abuso.

Neste sentido, vimos por este meio, solicitar autorização para proceder a recolha de dados junto dos Enfermeiros de todas as unidades funcionais que Vossa Excelência dirige.

De acordo com os requisitos éticos da investigação, a participação dos Enfermeiros no estudo é voluntária e todos os dados obtidos são confidenciais e anónimos.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontramos-nos ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente, bem como para informar ao ACES dos resultados obtidos no âmbito desta investigação.

Vila Nova de Gaia, 03 de Dezembro de 2012

Pede Deferimento,

Com os melhores cumprimentos.

Fernanda Craveiro



## Aces Gaia Sec. CC

rubenp@csoliveiradouro.min-saude.pt

Para fernandacraveiro@hotmail.com, acesgaia@csoliveiradouro.min-saude.pt, 'DrªElvira Pinto', 'Isabel Terças', Isabel Terças CC, 'Maria Elvira Pinto', pcc@csoliveiradouro.min-saude.pt, 'Vogal Conselho Enfermeira Luisa'

De: **Aces Gaia Sec. CC** (rubenp@csoliveiradouro.min-saude.pt)

Enviada: quarta-feira, 9 de janeiro de 2013 17:33:34

Para: fernandacraveiro@hotmail.com

Cc: acesgaia@csoliveiradouro.min-saude.pt; 'DrªElvira Pinto' (melvirapinto78@gmail.com); 'Isabel Terças' (isabeltercas@gmail.com); Isabel Terças CC (itercas@csoliveiradouro.min-saude.pt); 'Maria Elvira Pinto' (elvira@csbcorvo.min-saude.pt); pcc@csoliveiradouro.min-saude.pt; 'Vogal Conselho Enfermeira Luisa' (Irodrigues@csoliveiradouro.min-saude.pt)

2 anexos (total de 208,1 KB)



Exma. Senhora,

Enf. Fernanda Craveiro

Por indicação da Senhora Diretora Executiva, e em resposta ao solicitado, abaixo se transcreve o despacho, relativo ao assunto em epígrafe:

“Nos termos da informação do Conselho Clínico e tendo em conta que não existe aparente desrespeito pela proteção de dados relativos aos utentes, é de autorizar o estudo. Solicitando desde já as suas conclusões e propostas que dele advierem ao autor.”

*Cumprimentos*

*Ruben Pereira*

**Secretariado do Conselho Clínico Rua D. Maria Costa Basto, s/n**

**4430- 381 V.N.Gaia Tel.: 227864050 Fax: 227864055**

**De:** fernanda craveiro [mailto:fernandacraveiro@hotmail.com]

**Enviada:** segunda-feira, 3 de Dezembro de 2012 12:17

**Para:** Presidente Conselho Clinico ACES

**Assunto:** Questionário

Boa Tarde, Drª Elvira

Por indicação da UAG, segue a documentação para apreciação e posterior aplicação

Envio também uma carta dirigida a Diretora Executiva.

Pede Deferimento

Fernanda Craveiro.

## **ANEXO III- Instrumento de Recolha de Dados**



Fernanda Craveiro de Carvalho dos Santos

**ABUSO INFANTIL  
PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS  
DOS ENFERMEIROS**

Porto  
Fevereiro 2013

Caro Colega,

Eu, Fernanda Craveiro de Carvalho dos Santos, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, venho solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento de um trabalho de investigação, sobre “Crianças e Adolescentes vítimas de abuso”.

O questionário é anónimo, e as respostas confidenciais, razão pela qual lhe pedimos que não se identifique. Após o preenchimento do questionário, coloque-o no envelope e entregue ao enfermeiro interlocutor da sua unidade.

O seu contributo é importante, para a realização deste trabalho de investigação, a profissão de enfermagem e à criança e adolescente em risco.

Qualquer outra informação sobre a investigação pode obter contactando-me para o endereço eletrónico [fernandacraveiro@hotmail.com](mailto:fernandacraveiro@hotmail.com) e/ou telemóvel 968431873.

Muito grata pela colaboração e disponibilidade.

Fernanda Craveiro

## I Parte: Dados sócio-demográficos e profissionais

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Género:  Masculino       Feminino

3. Estado civil:

Solteiro

Casado/União de facto

Separado/Divorciado

Viúvo

4. Filhos:  Não       Sim

4.1. Se respondeu sim, Número de Filhos \_\_\_\_\_ Quais as idades (anos exatos)\_\_\_\_\_

5. Habilitações académicas:

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Mestrado

Qual \_\_\_\_\_

Doutoramento

Qual \_\_\_\_\_

6. Formação:

Pós-graduada

Especializada

7. Categoria profissional:

Enfermeiro(a)

Enfermeiro(a) Graduado(a)

Enfermeiro(a) Especialista

Enfermeiro(a) Chefe

8. Local onde exerce funções:

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado - Sede

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado - Extensão

Unidade de Saúde Familiar

Unidade de Saúde Pública

Unidade de Cuidados na Comunidade

Centro de Diagnóstico Pneumológico

Centro Médico de Canidelo

Outro \_\_\_\_\_

9. Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

10. Tempo de exercício profissional nos Cuidados de Saúde Primários: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

**Parte II - Práticas e os Comportamentos dos Enfermeiros na deteção e prevenção  
do Abuso infantil e na promoção do bem-estar e segurança da criança**

Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e decida com que frequência as realiza. Para cada um dos itens assinale a sua resposta com um X na coluna que melhor o identifica.

A todas as questões responda com base na sua maneira habitual de atuar. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua.

	Itens	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
1	Identifico precocemente as famílias de risco					
2	Avalio a qualidade do vínculo afetivo mãe/pai/filho					
3	Avalio os cuidados à criança e a presença de sintomas sugestivos de abandono ou carência afetiva					
4	Avalio a atitude dos pais face ao estabelecimento de normas e limites educacionais aos filhos					
5	Intervenho com amabilidade e empatia, discutindo métodos alternativos de disciplina					
6	Promovo a adequação do papel parental e a auto-estima dos pais					
7	Intervenho nas famílias de risco de forma precoce, estável e continua					
8	Desenvolvo esforços, integrados numa equipa multidisciplinar para avaliar continuamente a evolução da criança e família					
9	Valorizo como abuso físico a incompatibilidade entre a história e as lesões da criança					
10	Valorizo o atraso na procura dos cuidados de saúde para a criança					
11	Valorizo as lesões que a criança apresenta nas diferentes fases evolutivas					
12	Valorizo o atendimento da criança em distintas instituições de saúde (ex: serviços de urgência, e/ou atendimento permanente)					
13	Valorizo as atitudes de distanciamento, desapego, privação de afetos e segurança					
14	Na observação da criança, pesquiso sequelas do abuso (ex: ansiedade, isolamento social, problemas de aprendizagem, alterações do comportamento)					
15	Identifico os factores de risco associados ao abuso infantil					
16	Previno a gravidez não desejada, principalmente em adolescentes, na consulta de vigilância de saúde infantil					
17	Identifico as situações de violência doméstica					
18	Encaminho os pais com dependências (ex: álcool, drogas) para os serviços de saúde mental					
19	Encaminho as famílias de risco para os recursos de apoio psicológico					
20	Aumento o número de consultas de vigilância de saúde nas crianças em risco					
21	Observo a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas					
22	Recolho informações sobre a história social (ex: dinâmica familiar, composição familiar, situação laboral, ...)					
23	Procuro identificar as causas das ausências às consultas programadas					
24	Preocupo-me com a ausência de informação depois de um internamento hospitalar					
25	Valorizo, na entrevista clínica, a impossibilidade da família recordar dados da sua vida					

1. Durante a sua atividade profissional, contactou com crianças vítima de abusos?

Sim                     Não                     Não sei

2. Se contactou, indique quais as situações de perigo identificadas e, como atuou. Selecione a situação identificada por si e no espaço que se encontra à frente da situação escreva o(s) número(s) correspondente(s) à sua atuação (Ex:  Abandono \_\_11 ).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abandono _____                                       | 1. Envolver a criança para avaliar a situação                           |
| <input type="checkbox"/> Negligência _____                                    | 2. Avaliar/monitorizar os comportamentos da criança                     |
| <input type="checkbox"/> Abandono escolar _____                               | 3. Avaliar/monitorizar a condição física da criança                     |
| <input type="checkbox"/> Absentismo escolar _____                             | 4. Recolher provas para avaliação médico-legal                          |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico _____                                   | 5. Ensinar à família medidas de segurança                               |
| <input type="checkbox"/> Abuso psicológico _____                              | 6. Ensinar a importância da relação afetiva                             |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual (Suspeita) _____                        | 7. Efetuar visita domiciliária para acompanhamento da criança e família |
| <input type="checkbox"/> Abuso de autoridade _____                            | 8. Conversar com os pais para confrontar e completar a informação       |
| <input type="checkbox"/> Trabalho infantil _____                              | 9. Encaminhar para o médico de família                                  |
| <input type="checkbox"/> Prática de ato criminoso _____                       | 10. Encaminhar para os técnicos de serviço social                       |
| <input type="checkbox"/> Comportamentos Aditivos _____                        | 11. Denunciar a situação  |
| <input type="checkbox"/> Exposição a modelos de comportamento desviante _____ | 12. Não atuei   |
| <input type="checkbox"/> Mendicidade _____                                    | 13. Outra. Qual: _____  |
| <input type="checkbox"/> Problemas recorrentes de saúde _____                 |   |
| <input type="checkbox"/> Disfunção Parental/Familiar                          |   |
| <input type="checkbox"/> Outra. Qual: _____                                   |   |

3. Se denunciou alguma das situações identificadas, assinale o documento utilizado?

Guia de sinalização                     Outro. Qual: \_\_\_\_\_  
 Relatório descritivo

4. Assinale a (s) entidade (s) para a qual efetuou a denuncia/contacto (pode indicar mais do que uma opção):

- Forças de Segurança (PSP/GNR)  
 Outro familiar  
 Psicólogo  
 Técnico do Serviço Social  
 Núcleo de Apoio à Crianças e Jovens em Risco (NACJR)  
 Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)  
 Médico de Família  
 Serviço de Urgência  
 Tribunal de Família e Menores

Outro. Qual: \_\_\_\_\_

5. No seu local de trabalho que documentos existem para identificar as famílias de risco?

Questionário     Lista de Riscos     Não sei     Outro. Qual?\_\_\_\_\_

6. No seu local de trabalho existe manual de procedimentos para as situações de abuso infantil?

Sim                     Não                     Não sei

7. Realiza visitas domiciliárias às famílias de risco? (Se responder Não avance para a pergunta 9)

Sim                     Não

8. Em sua opinião, a visita domiciliária contribui para: (Pode indicar mais do que uma opção)

- Incrementar o uso da vigilância pré-natal
- Melhorar o estado nutricional da grávida
- Diminuir o consumo de tabaco durante a gravidez e junto da criança
- Diminuir o abuso de drogas e álcool dos progenitores
- Diminuir o nº de gravidezes e espaçamento entre elas
- Diminuir o parto pré-termo
- Melhorar o peso do recém- nascido ao nascimento
- Incrementar o apego familiar
- Melhorar o crescimento e desenvolvimento da criança
- Reduzir as condutas criminais dos cuidadores
- Incrementar o uso dos serviços de saúde e sociais da comunidade
- Diminuir o uso das ajudas sociais
- Diminuir o recurso aos serviços de urgência
- Diminuir os acidentes e intoxicações na criança
- Realizar a educação para a saúde às crianças

9. No âmbito da educação para a saúde, desenvolve temáticas relacionadas com os abusos infantis?

Sim                     Não

10. Se respondeu sim, quais as temáticas que aborda mais frequentemente? \_\_\_\_\_

11. E em que contexto? (Pode indicar mais do que uma opção)

Consulta de enfermagem. Qual \_\_\_\_\_

Saúde escolar

Visita domiciliária

### Parte III - Necessidades de formação dos enfermeiros

1. Possui formação específica na área do abuso infantil?

SIM

NÃO

2. Se sim, em que contexto formativo realizou? (Pode indicar mais do que uma opção)

Formação Académica

Formação Serviço

Auto Formação

3. Numa escala de 1 a 5, indique a sua opinião sobre os conhecimentos que detém sobre abuso infantil (Coloque um X na sua opção).

1 (Nenhum conhecimento)	2	3	4	5 (Muito conhecimento)
-------------------------	---	---	---	------------------------

4. Numa escala de 1 a 5, indique o seu interesse em obter mais formação na área do abuso infantil? (Coloque um X na sua opção).

1 (Sem interesse)	2	3	4	5 (Muito interesse)
-------------------	---	---	---	---------------------

5. Selecione os conteúdos que considera importantes abordar na formação? (Pode indicar mais do que uma opção):

Técnicas de comunicação

Diagnóstico do abuso infantil

Enquadramento legal em matéria de protecção da infância

Programas de intervenção familiar

Programas de intervenção na escola

Programas de intervenção comunitária em grupos de risco

Outro. Qual \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua disponibilidade e participação

Fernanda Craveiro



## **ANEXO IV- CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### “PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO”

Investigador: Fernanda Craveiro de Carvalho dos Santos  
Enfermeira no ACES Grande Porto VII-Gaia- UCSP Barão do Corvo  
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_ aceito participar no trabalho de investigação com o tema “Práticas e comportamento dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso”, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidada:

- Fui informada de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a identificar as práticas, comportamentos e conhecimentos dos enfermeiros à criança e adolescente vítima de abuso.

- Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário,

- Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação neste estudo são anónimos e confidenciais.

- Sei que posso recusar-me a participar no estudo, sem nenhum tipo de penalização.

- Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Nome do Participante no estudo

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome do Investigador Responsável

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_



**ANEXO V- CARACTERIZAÇÃO SOCIO- DEMOGRÁFICA  
E PROFISSIONAL**



### Caracterização Socio Demográfica e Profissional

ATRIBUTOS		N				%
Género	Masculino	13				13,95
	Feminino	78				86,05
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
Estado Civil	Solteiro	26				29,07
	Casado/União de Facto	55				60,47
	Separado/Divorciado	9				9,30
	Viúvo	1				1,16
Existência de Filhos	Sim	58				63,22
	Não	33				36,78
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
Habilitações Académicas	Bacharelato ou equivalente legal	5				5,747
	Licenciatura ou equivalente legal	70				77,01
	Mestrado	16				17,24
	Doutoramento	0				0,00
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
Mestrado	Enfermagem Saúde Comunitária	10				10,98
	Cuidados Paliativos	1				1,09
	Ciências de Enfermagem	2				2,19
	Informática Médica	1				1,09
	Gerontologia	1				1,09
	Feridas	1				1,09
	<b>Total</b>	<b>16</b>				<b>17,5</b>
Formação	Pós-graduada	15				16,09
	Especializada	27				29,89
	Não Responderam	49				54,02
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
Categoria Profissional	Enfermeiro	41				44,83
	Enfermeiro graduado	40				43,68
	Enfermeiro especialista	10				11,49
	Enfermeiro chefe	0				0,00
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
Local de exercício de funções	UCSP- Sede	22				23,53
	UCSP- extensão	5				5,882
	Unidade de Saúde Familiar	50				55,29
	Unidade de Cuidados na Comunidade	9				9,412
	Unidade de Saúde Pública	1				1,176
	Centro de Diagnóstico Pneumológico	1				1,176
	Centro Médico de Canidelo	3				3,529
	<b>Total</b>	<b>91</b>				<b>100</b>
ATRIBUTOS		<b>N</b>	<b>X min</b>	<b>X máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Idade		91	22	65	36,92	9,12
Idade dos Filhos	1º Filho	57	1	36	9,76	8,840
	2º Filho	22	1	20	11,26	8,392
	3º Filho	7	1	10	6,29	5,936
Tempo exercício profissional		91	1	40	13,85	8,701
Tempo exercício em CSP		91	1	35	8,54	6,607

Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala EPCEMtl (N=91)

Nº Item		R sem item	Alfa sem o item
1	Identifico precocemente as famílias de risco	,354	,937
2	Avalio a qualidade do vínculo afetivo mãe/pai/filho	,592	,934
3	Avalio os cuidados à criança e a presença de sintomas sugestivos de abandono ou carência afetiva	,466	,936
4	Avalio a atitude dos pais face ao estabelecimento de normas e limites educacionais aos filhos	,555	,935
5	Intervenho com amabilidade e empatia, discutindo métodos alternativos de disciplina	,580	,935
6	Promovo a adequação do papel parental e a autoestima dos pais	,593	,934
7	Intervenho nas famílias de risco de forma precoce, estável e continua	,649	,934
8	Desenvolvo esforços, integrados numa equipa multidisciplinar para avaliar continuamente a evolução da criança e família	,527	,935
9	Valorizo como abuso físico a incompatibilidade entre a história e as lesões da criança	,499	,936
10	Valorizo o atraso na procura dos cuidados de saúde para a criança	,436	,936
11	Valorizo as lesões que a criança apresenta nas diferentes fases evolutivas	,655	,933
12	Valorizo o atendimento da criança em distintas instituições de saúde (urgência, e/ou atendimento permanente)	,612	,934
13	Valorizo as atitudes de distanciamento, desapego, privação de afetos e segurança	,667	,934
14	Na observação da criança, pesquiso sequelas do abuso (ex.: ansiedade, isolamento social, problemas de aprendizagem, alterações do comportamento)	,643	,934
15	Identifico os fatores de risco associados ao abuso infantil	,656	,934
16	Previno a gravidez não desejada, principalmente em adolescentes, na consulta de vigilância de saúde infantil	,559	,935
17	Identifico as situações de violência doméstica	,635	,934
18	Encaminho os pais com dependências (ex: álcool, drogas) para os serviços de saúde mental	,573	,935
19	Encaminho as famílias de risco para os recursos de apoio psicológico	,665	,933
20	Aumento o número de consultas de vigilância de saúde nas crianças em risco	,567	,935
21	Observo a conduta da criança e o comportamento dos pais nas consultas	,644	,934
22	Recolho informações sobre a história social (ex.: dinâmica familiar, composição familiar, situação laboral).	,627	,934
23	Procuo identificar as causas das ausências às consultas programadas	,700	,933
24	Preocupo-me com a ausência de informação depois de um internamento hospitalar	,710	,933
25	Valorizo, na entrevista clínica, a impossibilidade da família recordar dados da sua vida	,631	,934