# ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A criança vítima de negligência intrafamiliar - projeto "Mais Apoio, Menos Negligência": Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Autor**

**Inês Isabel Ferreira Alves da Silva**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

# A criança vítima de negligência intrafamiliar - projeto "Mais Apoio, Menos Negligência": Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Orientador(es)**
Ernesto Jorge Almeida Morais
*Professor Adjunto, Mestre*

Fernanda dos Santos Bastos
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**
Inês Isabel Ferreira Alves da Silva

**Porto, 2024**

## RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECESCSP) resultantes da realização do "Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II" integrado no Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O estágio de natureza profissional decorreu em dois contextos distintos, o na Unidade de Saúde Pública, e na Unidade de Cuidados na Comunidade.

De acordo com o Regulamento 428/2018, o EEECESCSP, estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

No concelho em que decorreu o estágio há vários problemas identificados que impactam na saúde e no desenvolvimento social. Um dos que emerge como prioritário relaciona-se com um grupo particularmente vulnerável - as crianças. A negligência infantil intrafamiliar é uma forma de abuso infantil que ocorre dentro da família, envolvendo a falta de cuidados essenciais para o bem-estar da criança. Pode resultar de vários problemas familiares, como o stress adicional resultante de uma situação de pobreza. Profissionais da educação e da saúde, pela proximidade, devem estar atentos para identificar e intervir precocemente, visando proteger as crianças e evitar consequências negativas a longo prazo.

No sentido de demonstrar o desenvolvimento do processo de pensamento e de tomada de decisão clínica por parte do Enfermeiro especialista nesta área, foi elaborado e implementado o projeto "Mais Apoio, Menos Negligência", no âmbito da Saúde Escolar, visando uma resposta eficaz aos casos de negligência numa área geográfica específica de intervenção.

Com este relatório, pretende-se ainda explanar uma perspetiva crítica e reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, a partir das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio realizado.

**Palavras-chave:** enfermagem comunitária, enfermagem de saúde pública, saúde escolar, capacitação, negligência infantil intrafamiliar

## ABSTRACT

The main objective of this report is to demonstrate the process of acquisition and development of the skills of the Nurse Specialist in Community Nursing, in the area of Community Health and Public Health Nursing (EEECESCSP) resulting from the completion of the "Professional Internship with report - Module II" integrated into the Master's Degree in Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The professional internship took place in two different contexts, Public Health Unit, and Community Care Unit.

In accordance with Regulation 428/2018, the EEECESCSP establishes, based on the Health Planning methodology, the assessment of the health status of a community, contributes to the process of training groups and communities, integrates the coordination of Community Health Programs and in achieving the objectives of the National Health Plan, and carries out and cooperates in geodemographic epidemiological surveillance.

In the municipality where the internship took place, there are several problems identified that impact health and social development. One of those that emerges as a priority relates to a particularly vulnerable group - children. Intrafamily child neglect is a form of child abuse that occurs within the family, involving the lack of care essential to the child's well-being. It can result from various family problems, such as the additional stress resulting from poverty. Education and health professionals, due to their proximity, must be alert to identify and intervene early, aiming to protect children and avoid negative consequences in the long term.

In order to demonstrate the development of the thought process and clinical decision-making by the Nurse specialist in this area, the project "Mais Apoio, Menos Negligência" was designed and implemented within the scope of School Health, aiming at an effective response to cases of negligence in a specific geographic area of intervention.

With this report, we also intend to explain a critical and reflective perspective of the process of acquisition and development of common and specific skills recommended by the Order of Nurses, based on the activities developed within the scope of the internship carried out.

**Keywords:** community nursing, public health nursing, school health, training, intrafamily child neglect

## ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ANA - American Nurses Association

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CDC - Centers for Disease Control

CNPDPCJ - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CNCJ - Conselho Nacional de Crianças e Jovens

DGE - Direção-Geral da Educação

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECMIJ - Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

EEECESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENDC - Estratégia Nacional para os Direitos das Crianças

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

INE – Instituto Nacional de Estatística

LPCJP - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Km² – Quilómetros quadrados

NACJR - Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIAF - Plano de Intervenção à Família

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PS – Planeamento em Saúde

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

TEIP - Territórios Educativos de Intervenção Prioritária

TFM - Tribunal de Família e Menores

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

# ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO ..... 13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) ..... 15
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: A AÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO DA NEGLIGÊNCIA INFANTIL INTRAFAM ..... 19
    3.1. Enquadramento teórico ..... 19
    3.2. Clientes ..... 35
    3.3. Domínios ..... 35
        3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico ..... 35
    3.4. Conceção de Cuidados ..... 50
    3.5. Especificação das intervenções ..... 54
    3.6. Síntese relativa ao caso ..... 56
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ..... 61
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO ..... 67
6. BIBLIOGRAFIA ..... 69
ANEXOS ..... 75

# ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

## Tabelas

Tabela 1 - Resultados e Avaliação da Implementação 59

## Figuras

Figura 1 - Modelo da Subsidiariedade 30

Figura 2 - Fluxograma de Intervenção 31

# 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório tem como principal objetivo demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECESCSP) resultantes da realização do "Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II" integrado no Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) 2022/2024, coordenado pela Professora Margarida Abreu. Foi orientado pelo Professor Ernesto Jorge Morais e coorientado pela Professora Fernanda Bastos.

Com o presente relatório pretende-se apresentar uma descrição e análise crítico-reflexiva de um percurso desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional do curso anteriormente referido, considerando aquelas que são as competências específicas do EEECESCSP, descritas pelo Regulamento 428/2018. De acordo com esse regulamento o enfermeiro especialista nesta área estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O estágio referido decorreu em dois contextos clínicos, num total de 340 horas, tendo sido realizado: numa Unidade de Saúde Pública (USP) de 19 de setembro até 17 de novembro de 2023 e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de 22 de novembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024.

Em ambos os contextos clínicos foi dada a oportunidade de enveredar pela temática da Saúde Escolar, nomeadamente no âmbito da atuação do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a intenção de proporcionar uma melhor resposta global aos casos crescentes de negligência no concelho de intervenção, tendo como população-alvo os profissionais que mantêm uma ligação mais próxima e contínua com as crianças, nomeadamente profissionais de saúde e da educação.

Esta temática começou a ser desenvolvida no ano letivo de 2022-2023 no decorrer da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo I”, onde foi concretizada a elaboração do projeto de intervenção subordinada à temática da criança vítima de negligência intrafamiliar - projeto "Mais Apoio, Menos Negligência”.

Este relatório contempla inicialmente uma caracterização dos contextos clínicos em que

decorreu este estágio. De seguida apresenta-se o desenvolvimento do caso clínico, seguindo as etapas metodológicas do Planeamento em Saúde e o respetivo plano de cuidados resultante das necessidades identificadas. Posteriormente apresenta-se uma análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e sobre os contributos do mesmo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESCSP. Por último, apresenta-se uma síntese conclusiva.

Para a elaboração deste relatório foi utilizada a plataforma educacional "e4nursing", desenvolvida colaborativamente pelo Centro de Investigação Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que se orienta para o desenvolvimento de competências de tomada de decisão clínica e da capacidade de explanação e sistematização dos cuidados de enfermagem, tendo por base a Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2023).

# 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Neste capítulo, procede-se à caracterização dos contextos clínicos. Inicia-se com uma análise do concelho de intervenção, apresentando indicadores demográficos e socioeconómicos pertinentes para compreender o cenário de saúde local. Segue-se uma descrição das unidades de saúde onde decorreu o estágio, nomeadamente uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), destacando as suas particularidades organizacionais e funcionais. Este capítulo proporciona uma visão abrangente do enquadramento geográfico e institucional que influencia diretamente a prática clínica, fornecendo um contexto essencial para a compreensão das dinâmicas assistenciais e dos desafios enfrentados no decorrer do estágio.

**Caracterização do Concelho de Intervenção**

O concelho de intervenção, integrado na região norte de Portugal, apresenta cerca de 131,9km² e atualmente, é composto por sete freguesias (Santos C., 2021).

Segundo os Censos de 2021, este concelho inclui 164257 habitantes, com uma densidade populacional aproximada de 1245 habitantes/km², sendo 12,5% jovens com idades inferiores a 15 anos, 66,2% adultos dos 15 aos 64 anos e 21,4% adultos acima dos 64 anos de idade (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

As características demográficas têm vindo a alterar-se nos últimos sessenta anos. Na população jovem existe um decréscimo de 22,6%, sendo que em 1960, 35,1% da população era jovem e em 2021, esta percentagem diminuiu para 12,5%; enquanto que na população idosa, existiu um aumento de 16,1%, perfazendo um índice de envelhecimento de 171,5. Observa-se assim, uma semelhança daquilo que ocorre no resto do país, que apresenta igualmente uma população cada vez mais envelhecida (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Sabe-se ainda que 1,9% dos habitantes do concelho de intervenção são analfabetos, 23,2% dos habitantes possuem o 4º ano, 10,6% detêm o 6º ano, 19% da população o 9º ano. O ensino secundário foi concluído por 25,1% dos habitantes e 16,6% possuem ensino superior, uma tendência crescente nos últimos anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

A taxa de desemprego situa-se nos 11,0% e o rendimento médio mensal é de 1016,60€ por habitante (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022). Em Portugal, a mesma taxa é de 6,6%, e o rendimento mensal médio de 1438,00€ (INE, 2023). Esta diferença pode indicar disparidades socioeconómicas entre o concelho em questão e o restante país, com possíveis desafios económicos e sociais na região de intervenção.

Segundo análise dos habitantes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da área de intervenção por diagnóstico médico ativo no ano de 2021, consegue ter-se a perceção que as doenças mais prevalentes passam por alterações do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, hipertensão, uso excessivo de tabaco, obesidade e perturbações depressivas. Consegue também perceber-se que, quanto à relação entre sexo e doenças não existe grande disparidade, a não ser nas perturbações depressivas, onde se evidência o sexo feminino e, o abuso de tabaco tem maior representação no sexo masculino (Ministério da Saúde, 2022).

A principal causa de morte no concelho de intervenção, em 2020, foram as doenças do aparelho circulatório a par dos tumores malignos (Ministério da Saúde, 2022).

O concelho dispõe de sete centros de atividade de tempos livres para crianças e jovens, quinze recintos desportivos municipais, uma unidade para crianças e jovens em situação de emergência, duas casas de acolhimento para crianças e jovens, treze paróquias, trinta e quatro farmácias, sete postos de forças de segurança, oito autarquias, oitenta e oito estabelecimentos de apoio social, seis bombeiros de proteção civil e setenta e oito escolas distribuídas por onze agrupamentos (CMG, 2023).

**A Saúde Escolar e o Plano Nacional de Saúde Escolar**

Com o objetivo de facilitar a promoção da saúde no ambiente escolar, são utilizados programas específicos de promoção da saúde nesse contexto. Esses programas promovem de maneira eficaz a mudança de comportamento em crianças e adolescentes, ao articular a saúde e a educação (Lusquinhos & Carvalho, 2018).

As intervenções em saúde escolar requerem uma visão abrangente do contexto e da comunidade em si, a fim de potenciar a saúde e reduzir a prevalência de problemas de saúde e comportamentos de risco (Amann et al, 2015).

Sabe-se que os indivíduos experimentam uma melhor qualidade de vida quando possuem um maior nível de literacia em saúde e desenvolvem pensamento crítico, o que capacita e potencia ganhos em saúde (Lopes & Tocantins, 2012). O ambiente escolar é um local propício para o desenvolvimento de aprendizagens, tornando-se ideal para aprimorar competências em saúde, promover o empoderamento e compreender as implicações das escolhas para a vida (Amann et al., 2015).

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) tem como objetivo central promover a educação em saúde, melhorar a qualidade de vida e incentivar a participação ativa das crianças e jovens nas suas decisões. Concentra-se na prevenção de doenças e na promoção da saúde no ambiente escolar (Amann et al., 2015).

**Programa Local de Saúde Escolar**

O mais recente Programa de Saúde Escolar do Concelho de Intervenção, que diz respeito a

2017-2020, ainda se encontra em vigor e tem como objetivo capacitar a comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, sendo desenvolvidas as seguintes áreas de intervenção: saúde mental e competências sócio emocionais, educação para os afetos e sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Reis et al., 2017). O projeto desenvolvido enquadra-se neste programa, na área da saúde mental e competências sócio emocionais.

**Os Contextos Clínicos**

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de enriquecer os meus conhecimentos e competências com base nas minhas experiências em dois contextos clínicos, tendo sido realizado primeiramente numa USP e, posteriormente numa UCC. Como já referido, ambos decorreram num ACeS da região norte de Portugal, e esta experiência ofereceu, sem dúvida alguma, uma perspetiva mais abrangente e aprofundada sobre estas duas áreas e o papel do EEECESCSP. Os ACeS "têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica" e, para isso, "desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados", e "desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais" (Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1183).

Os ACeS abarcam várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, sendo uma delas a USP. A área de intervenção da USP coincide com a área do concelho de intervenção, à exceção de uma freguesia, numa extensão de 119,94 Km², com um total de 162991 residentes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

As principais competências de uma USP passam por: identificar as necessidades de saúde; monitorizar o estado de saúde da população e os seus determinantes; promover a investigação e a vigilância epidemiológica; avaliar o impacto das várias intervenções em saúde; gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, nomeadamente a vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral; promover e participar na formação dos diversos grupos profissionais (Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184).

Estas unidades são constituídas por "médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental" (Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184). Neste momento, da USP do concelho de intervenção fazem parte seis médicos especialistas em saúde pública, três enfermeiras, quatro técnicas de saúde ambiental e duas funcionárias administrativas.

O segundo contexto clínico, foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Uma UCC "presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" (Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde, 2008, p.1184). Esta é constituída por catorze enfermeiros, seis médicos, três assistentes sociais, uma nutricionista, uma assistente técnica, uma assistente operacional.

A área de intervenção da UCC resume-se a cinco freguesias das sete que fazem parte do concelho. O que perfaz uma população de 54675 utentes. Esta é responsável por inúmeros projetos na comunidade, tais como Saúde Mental e Psiquiatria, Saúde Escolar, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Saúde da Mulher e da Criança e, NACJR.

**Caracterização do Agrupamento de Escolas do Concelho de Intervenção**

Um agrupamento de escolas é uma unidade organizacional com administração própria, compreendendo estabelecimentos de educação pré-escolar e escolas de vários níveis de ensino. Visa capacitar os cidadãos com as competências necessárias para explorar plenamente as suas capacidades, participar ativamente na sociedade e contribuir para a vida económica, social e cultural (Decreto-Lei nº 75/2008 do Ministério da Educação).

O agrupamento escolar de intervenção, inclui quatro jardins de infância, quatro escolas básicas de 1º ciclo, uma escola de 2º e 3º ciclos e uma escola secundária. Deste agrupamento fazem parte 1222 alunos, com 9 turmas de jardim de infância, 17 turmas de 1º ciclo, 10 turmas de 2º ciclo, 16 turmas de 3º ciclo, 6 turmas de secundário e 3 turmas de cursos profissionais.

Este encontra-se inserido no Programa dos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP), uma iniciativa do governo implementada em escolas que se localizam em territórios socioeconómicos desfavorecidos, marcados pela pobreza e exclusão social, onde a violência, a indisciplina, o abandono e o insucesso escolar mais se manifestam. São objetivos centrais do programa, a prevenção e redução do abandono escolar precoce, a redução da indisciplina e a promoção do sucesso educativo de todos os alunos (Direção Geral-Educação, 2020).

# 3. PLANEAMENTO EM SAÚDE: A AÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CONTEXTO DA NEGLIGÊNCIA INFANTIL INTRAFAM

Num agrupamento escolar do norte do país observa-se uma significativa disparidade entre os casos de negligência relatados à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em comparação com aqueles encaminhados ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, quando estes são elos fundamentais na coordenação da intervenção de casos junto dos profissionais mais próximos das crianças e dos jovens. Assim, procura-se compreender os conhecimentos e as práticas adotadas pelos profissionais de saúde e educação próximos das crianças deste agrupamento, no que diz respeito à prevenção e intervenção relacionadas com a negligência infantil intrafamiliar, promovendo a segurança e o bem-estar das crianças envolvidas. O papel do EEECESCSP revela-se crucial na promoção de práticas e projetos que atendam às necessidades específicas da comunidade educacional, contribuindo para a prevenção e intervenção adequada em casos de negligência infantil intrafamiliar.

## 3.1. Enquadramento teórico

Este capítulo pretende aprofundar os referenciais que suportam a compreensão da temática com uma reflexão sobre o desenvolvimento humano, com particular ênfase no desenvolvimento infantil, delineando os marcos fundamentais e os fatores influenciadores que moldam o percurso das crianças desde tenra idade.

É abordada a negligência infantil intrafamiliar, explorando a sua definição, as causas subjacentes e o impacto devastador no bem-estar e desenvolvimento das crianças. Além disso, são analisadas as estratégias de abordagem e intervenção, enfatizando a importância da deteção precoce e da intervenção multidisciplinar para mitigar este fenómeno e promover ambientes familiares saudáveis e seguros para o desenvolvimento das crianças.

Foi enfatizado o papel do EEECECSP na articulação de respostas eficazes e na proteção das crianças em situações de vulnerabilidade.

Como referencial metodológico utilizou-se o Planeamento em Saúde devido à sua capacidade de promover uma intervenção estratégica e orientada para os objetivos, adaptada às necessidades específicas do contexto de intervenção. O planeamento em saúde permite uma análise sistemática das questões de saúde da comunidade, identificando prioridades e definindo estratégias para alcançar resultados tangíveis e duradouros.

Esta abordagem metodológica não só promove a participação ativa da comunidade no processo de tomada de decisões, como também fortalece a capacidade das instituições de saúde para enfrentar desafios complexos e promover o bem-estar da população.

De seguida, é mencionado um domínio, que pode ser entendido como um agregador conceptual dos focos de atenção de enfermagem relevantes para a conceção dos cuidados, juntamente com a sua fundamentação teórica.

No subcapítulo de conceção dos cuidados são apresentadas as quatro classes de informação que permitem representar os elementos críticos do processo de tomada de decisão num plano de cuidados: dados resultantes da avaliação inicial e final realizadas, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem.

De seguida, são especificados os aspetos que permitem operacionalizar as intervenções prescritas. E, na "síntese relativa ao caso" são apresentadas as etapas de execução e avaliação da metodologia de planeamento em saúde.

Apesar da ontologia de enfermagem que sustenta a plataforma e4nursing ainda não incorporar elementos de informação direcionados para a comunidade enquanto cliente dos cuidados, um trabalho que está atualmente em desenvolvimento, optou-se por seguir a sua matriz atual e, ao criar de raiz todos os elementos de informação, alinhar com o seu modelo conceitual e de referência.

No caso clínico apresentado, ocorreram dois momentos de contacto com a comunidade, identificados como sessões, nos dias 2 de outubro de 2023 e 10 de janeiro de 2024.

**Planeamento em Saúde**

Segundo o Anexo I do Despacho n.º 6860/2018 do Diário da República, dentro das competências específicas do EEECESCSP, é relevante destacar a análise da condição de saúde de um grupo ou comunidade, utilizando a metodologia do planeamento em saúde (PS).

O PS é fundamental, especialmente num contexto de recursos limitados, exigindo uma gestão eficiente para atingir os objetivos predefinidos. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, orientado para a análise das necessidades em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta metodologia tem como objetivo impulsionar mudanças, constituindo um processo para construir um futuro mais promissor ao abordar questões identificadas como problemas. É essencial para caracterizar devidamente as necessidades de saúde da população e dos serviços, permitindo uma gestão eficaz dos recursos para atingir objetivos realistas. Esta abordagem é fundamental para promover a saúde, prevenir doenças, oferecer tratamento e reabilitação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das unidades de competência dentro do descritivo referente à utilização da metodologia de PS, é a função de elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, o que implica a integração do conhecimento sobre os fatores que afetam a saúde na formulação desse diagnóstico, bem como a identificação das necessidades de saúde dos grupos ou comunidades em questão (Despacho n.º 6860/2018 do Diário da República).

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades é fundamental para determinar a adequação do plano, programa ou atividade propostos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na determinação das prioridades, procura-se identificar e priorizar os problemas a serem abordados, tendo em consideração os recursos disponíveis e utilizando um processo de tomada de decisão. É importante também manter em mente os objetivos previamente estabelecidos (Tavares, 1992; Pineault & Daveluy, 1987; as cited in Pereira, 2011).

A fase de seleção de estratégias desempenha um papel crucial no processo de PS, pois tem como objetivo desenvolver a abordagem mais apropriada para resolver os problemas identificados. Através da definição de estratégias, procura-se alcançar os objetivos previamente estabelecidos. Portanto, a estratégia de saúde é definida como um "conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas para atingir um objetivo, com o intuito de reduzir um ou mais problemas de saúde" (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 65).

Na preparação operacional, segundo Imperatori & Giraldes (1993), procede-se ao levantamento das ações que dão estrutura às estratégias selecionadas à priori, nomeadamente a identificação dos recursos, formação de parcerias, metodologias de intervenção, elaboração de cronograma e determinação dos custos associados.

Ao desenvolver o projeto prioriza-se, também, a análise dos recursos necessários à sua implementação, sendo estes essenciais para o êxito da sua execução. Determinar a quantidade e a natureza dos recursos humanos e materiais exigidos para alcançar os objetivos propostos requer uma compreensão minuciosa dos recursos disponíveis - um requisito fundamental para posteriormente calcular o custo associado ao projeto (Tavares, 1990).

A avaliação ao mensurar o êxito na realização de um objetivo deve ser precisa e relevante. Por si só, ela proporciona um mecanismo de feedback para as diversas fases anteriores do processo de planeamento Tavares (1992). Corresponde, por isso, à última fase do processo de PS e pretende refletir sobre o que foi desenvolvido, no sentido de perceber a necessidade de introduzir correções para se obter um projeto mais eficaz com soluções mais satisfatórias na saúde das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

### A Criança Vítima de Negligência Intrafamiliar – Projeto “Mais Apoio, Menos Negligência”

O desenvolvimento humano é um processo que se estende em várias etapas distintas, desde o

nascimento até a idade adulta. A primeira fase, conhecida como período sensório-motor, segundo Piaget, abrange os primeiros dois anos de vida e é também considerada a fase mais importante. Neste estágio, a criança começa a interagir com o ambiente ao seu redor, e constrói as bases iniciais do seu processo cognitivo. Além disso, durante esta fase, a criança experimenta um desenvolvimento nas suas emoções, evoluindo também para preferências afetivas (Alves, 2020, as cited in Piaget, 1965).

Para o normal desenvolvimento é importante que a criança tenha uma figura parental ativa e se encontre num ambiente favorável. A qualidade deste ambiente tem um impacto significativo no desenvolvimento não apenas nesta fase, mas também, ao longo da vida. De acordo com a teoria da vinculação de Bowlby, a relação entre a criança e o tutor que fornece cuidados básicos e segurança nos primeiros anos de vida, cria uma ligação segura. A maioria das interações ocorre durante a prestação de cuidados, onde a criança procura proteção e a figura parental fornece bem-estar e segurança (Alves, 2020, as cited in Bowlby, 1980).

Quando a referência parental é capaz de atender às necessidades da criança, ela gradualmente direciona o seu comportamento para esse adulto, permitindo que possa explorar o ambiente com confiança, sabendo que pode recorrer a essa figura quando necessário para restabelecer a proximidade e sentir-se segura (Alves, 2020).

O segundo período, o estado pré-operatório, de acordo com a teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget, é uma das fases do desenvolvimento infantil que ocorre aproximadamente entre os dois e sete anos de idade. Nesta fase, as crianças estão a começar a desenvolver a capacidade de pensar de forma simbólica, mas ainda não possuem as habilidades cognitivas necessárias para realizar operações mentais lógicas (Lima, 2004).

Dos sete aos onze anos, as crianças entram no período de operações concretas, onde desenvolvem uma compreensão mais lógica e adaptada do ambiente. Durante este período, as crianças começam a evidenciar competências cognitivas mais avançadas em comparação com o pré-operatório. Aqui, as crianças são capazes de realizar operações mentais lógicas, mas apenas em relação a objetos e situações concretas e tangíveis (Lima, 2004).

Por fim, o período das operações formais ocorre dos onze aos quinze anos, marcando uma reorganização definitiva e a capacidade do adolescente de lidar com a realidade de forma mais sofisticada (Alves, 2020).

A infância é reconhecida como uma fase crucial de desenvolvimento. Durante este período, estabelecem-se as bases fundamentais para a personalidade, valores e identidade. É uma etapa marcada por uma multiplicidade de experiências e influências, internas e externas, que moldam o indivíduo desde os primeiros anos de vida. Neste sentido, as crianças apoiam-se naqueles em que mais confiam e onde se sentem seguros para todas as adversidades e conquistas que lhes vão surgindo ao longo da vida. Este porto seguro é na maioria das vezes a família ou o

responsável pela mesma (Santos M., 2022).

A Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), em 2006, identificou e agrupou as necessidades essenciais das crianças e jovens em três categorias distintas. A primeira categoria corresponde às necessidades físico-biológicas, que compreendem a alimentação, o vestuário, a higiene, o sono, a atividade física, a proteção contra riscos reais e a saúde. A segunda categoria reporta-se às necessidades cognitivas, que abrangem a estimulação sensorial, a atividade física e a socialização, bem como a compreensão do mundo físico e social ao seu redor. Por último, mas não menos importante, encontra-se a categoria referente às necessidades socioemocionais, que envolvem a segurança emocional, a expressão dos sentimentos, o estabelecimento de relações sociais, a participação e a progressiva autonomia, bem como questões relacionadas à sexualidade e à interação com os outros (Pereira, 2020).

A 20 de Novembro de 1959, foi proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas n.º 1386, a Declaração dos Direitos da Criança com vista a uma infância mais feliz, para bem da criança e da sociedade. Estes direitos abrangem princípios cruciais para o desenvolvimento e bem-estar infantil. Incluem o direito à vida e ao desenvolvimento saudável, a não discriminação, o interesse superior da criança como prioridade, acesso à saúde e educação de qualidade, proteção contra violência e exploração, liberdade de expressão e participação em decisões que as afetem, e o direito a um ambiente familiar seguro. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) procura assegurar que todas as crianças tenham a oportunidade de alcançar o seu pleno potencial num ambiente que promova o seu crescimento saudável (Despacho 245/2020 do Diário da República, 2020).

A Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPCJ), em conformidade com as recomendações do Comité dos Direitos da Criança, governou a elaboração da Estratégia Nacional para os Direitos da Criança (ENDC), com base nas orientações internacionais e avaliação da situação das crianças e jovens portugueses. A ENDC 2021-2024 foi aprovada em novembro de 2020, sendo um documento estratégico para a coordenação entre várias áreas governativas, com foco nos grupos mais vulneráveis. As cinco prioridades incluem o bem-estar, apoio às famílias, participação das crianças, prevenção da violência e produção de conhecimento científico (Despacho 245/2020 do Diário da República, 2020).

A Comissão Nacional para os Direitos da Criança (CNCJ) destaca-se como uma entidade-chave para a realização dos direitos das crianças, com ênfase na participação, promovendo o acesso a espaços de participação, diálogo com decisores políticos e formação sobre direitos da criança. Esta iniciativa visa abranger todas as crianças entre 8 e 15 anos em Portugal (CNPDPCJ, 2023).

**Negligência Infantil Intrafamiliar**

Os maus-tratos infantis são cada vez mais reconhecidos como um fenómeno global contínuo e um problema de saúde pública, causando problemas generalizados, consequências para as

crianças, para as famílias e para a sociedade em geral (Midtsund et al., 2023).

Conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (2022) este conceito inclui violência física, sexual, psicológica/emocional e negligência. Representa um sério problema de saúde pública e viola os direitos humanos fundamentais das crianças. Estas situações ocorrem frequentemente em casa, mas também em ambientes como escolas e instituições. Tais abusos têm consequências negativas e duradouras para a saúde mental e física, o desempenho académico e a vida social das vítimas (OMS, 2022).

Já para a APAV (2011), o mau-trato é definido como "qualquer ação ou omissão não intencional cometida pelos pais, cuidadores ou outros indivíduos que coloque em risco a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e emocional da vítima. Qualquer forma de mau trato afeta diretamente a satisfação apropriada dos direitos e necessidades fundamentais das crianças e jovens, não assegurando, assim, o pleno e integral crescimento e desenvolvimento das suas competências físicas, cognitivas, psicológicas e socioemocionais" (p.11).

Apesar do conceito de maus-tratos infantil não ser aceite universalmente, dado que, frequentemente, varia dependendo de aspetos históricos e socioculturais característicos de cada grupo populacional.

No entanto, as definições contemporâneas existentes concordam que este tipo de violência prejudica o bem-estar da criança e que existe uma relação estreita entre o abuso e as necessidades que não são respondidas. Por outras palavras, qualquer que seja a forma de mau-trato, ela resulta sempre em consequências negativas para o crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança e autonomia das crianças, tanto no presente quanto no futuro (Costa, 2020), e que os direitos das crianças e dos jovens exigem padrões de resposta que garantam a sua proteção.

Segundo o Relatório Anual de Estatísticas da APAV de 2022, as crianças continuam a ser as principais vítimas de maus-tratos, com 2595 casos nesse mesmo ano. Dessas crianças, 60,1% são do sexo feminino, com uma média de idades de 10 anos, a frequentar o 1º ciclo, cujos autores do crime são, na sua maioria, os pais (APAV, 2022).

Os maus-tratos manifestam-se de diversas formas: ativas, quando envolvem o uso de força física e de uma linguagem agressiva; e passivas, que dizem respeito a qualquer omissão ou escassez de cuidados que comprometem o bem-estar da criança, como no caso da negligência (Gomes, 2018).

A negligência é considerada o tipo de mau-trato mais frequentemente relatada em todas as idades. Esta ocorre quando as necessidades básicas de uma criança não são satisfeitas, o que pode levar a grandes riscos e consequências (Rozanski, et al., 2021).

Trata-se da omissão em prover o desenvolvimento da criança em todas as esferas: saúde,

educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras, no contexto de recursos razoavelmente disponíveis para a família ou cuidadores. Causa, ou tem alta probabilidade de causar, danos à saúde ou ao desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social da criança. Isso inclui a omissão de supervisionar e proteger adequadamente as crianças contra danos, tanto quanto possível (CNPDCJ, 2018, p. 49).

A negligência ocorre quando aspetos fundamentais para o desenvolvimento saudável e equilibrado, tanto físico, intelectual quanto emocional da criança, são ignorados de forma intencional ou não. O comportamento negligente resulta em prejuízos à saúde e ao desenvolvimento, tanto físico quanto psicossocial, da criança ou do jovem (Nunes, 2021, as cited in Magalhães, 2002).

É relevante ainda destacar que a negligência pode ser uma consequência de ações propositadas por parte da figura parental negligente, mas também pode surgir como uma expressão de eventuais limitações dos tutores, demonstrando falta de conhecimento e incapacidade de promover o desenvolvimento das crianças (Alves, 2020, as cited in Azevedo & Maia, 2006).

No que se refere à negligência parental, esta pode ser pela falta de cuidados de saúde; de supervisão, quando a criança fica sozinha e; a negligência de cuidado, quando a figura parental considerando que este conceito se refere a todos aqueles que foram consideradas mães e pais pelos participantes, não necessitando de existência de vínculo consanguíneo (Siqueira et al., 2009); não proporcionam conforto e bem-estar como alimentação, higiene, hidratação, estudos, entre outros (Matto & Shubayr, 2020).

Costa (2020) acrescenta ainda a negligência educacional que diz respeito à não prestação de cuidados que garantam a estimulação, aprendizagem e crescimento da criança, tais como permitir que a criança falte à escola sem motivo justificável ou que abandone a escola para ir trabalhar; e por fim, a negligência emocional que consiste na insatisfação das necessidades emocionais da criança, não lhe prestando a atenção suficiente e desejada, mostrando relações com os filhos desapegadas, frias e com pouca envolvência de carinho.

**O Impacto da Negligência Infantil Intrafamiliar**

Do ponto de vista social, as crianças que sofrem negligência podem desenvolver relações interpessoais frágeis, enfrentando dificuldades na interação com os seus pares. Podem adotar comportamentos manipuladores e controladores, o que aumenta a probabilidade de experimentarem sentimentos negativos, dificuldade no controlo dos impulsos, diminuição da confiança e entusiasmo, bem como uma menor assertividade na execução de tarefas (Alves, 2020, as cited in Howe, 2005).

Existem também perturbações no desenvolvimento da criança quando a mesma apresenta privação afetiva, com sintomatologia como choro frequente, gritos, oscilações do peso, letargia, insónias, apatia, entre outros. Esta carência provoca um bloqueio no desenvolvimento da

personalidade da criança em questão (Manuel, 2019).

Especialmente quando se trata de padrões de desapego e experiências traumáticas, acredita-se que as crianças possam enfrentar dificuldades nos relacionamentos íntimos ao longo da vida. Embora esses mecanismos de adaptação possam ter sido úteis para a sua sobrevivência na infância, eles podem interferir no desenvolvimento de relacionamentos saudáveis e satisfatórios na vida adulta. Em relacionamentos adultos, aqueles que têm uma dependência excessiva tendem a se concentrar tanto em atender às necessidades dos outros, que perdem a sua própria identidade no processo. Isso pode levar a altos níveis de stress, ansiedade e à depressão (Evgeun & Sümen, 2021).

Tendo em consideração que crianças expostas a maus-tratos estão sujeitas a alterações neurobiológicas, sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais, o que as torna vulneráveis ao aparecimento de doenças físicas (como cancro, doenças autoimunes, asma, diabetes tipo 2, alterações metabólicas e doenças cardiovasculares) e principalmente os transtornos mentais – dos quais ansiedade, depressão e transtorno de personalidade limítrofe são os mais documentados na literatura (Reis et al., 2022). Têm assim, uma maior probabilidade de ter um mau desempenho escolar e sofrer de problemas do foro mental. Estas podem crescer ansiosas e deprimidas e ter dificuldade em se relacionar com outras pessoas. Algumas crianças expressam a sua angústia de forma mais externa; por exemplo, tornando-se agressivas e desobedientes, enquanto outras têm maior probabilidade de manter a sua angústia dentro de si; podem retrair-se e têm maior probabilidade de ter um distúrbio alimentar ou de se automutilarem (Stafford, 2019). Além disso, estes efeitos podem ser transmitidos à próxima geração através de traumas intergeracionais, afetando significativamente a saúde da população (Johnson Motoyama, et al., 2022).

Para além da devastadora angústia emocional e física vivida pelas vítimas de abuso e negligência, é importante referir que existe um custo fiscal cobrado à sociedade com valores elevados, de custos de cuidados de saúde, perdas de produtividade, custos de bem-estar infantil, custos de educação especial e custos de justiça criminal (Ross, Traube, & Cederbaum, 2022).

**Causas e Fatores de Risco de Negligência Infantil Intrafamiliar**

Os fatores de risco associados aos maus-tratos infantis incluem a monoparentalidade, a idade materna jovem, a presença de um cuidador não biológico, e indicadores de desvantagem socioeconómica familiar, como baixos rendimentos e/ou receção de subsídios. Os fatores de risco a nível comunitário incluem o isolamento social, os baixos níveis de apoio social, a pobreza e a habitação em bairros sociais. Não existe um fator único, ou uma sequência de fatores, que preveja maus-tratos infantis, mas em vez disso, múltiplos fatores podem interagir e contribuir de forma interdependente para o aumento da probabilidade de abuso e negligência infantil (Jack, et al., 2021).

Tal como já anteriormente foi referenciado, as figuras parentais que foram maltratados quando crianças e convivem com traumas por resolver, podem enfrentar desregulação emocional, capacidade de confronto inadequada e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. A conjugação deste fator, como stress adicional resultante de uma situação de pobreza, pode comprometer a capacidade de proporcionarem relações saudáveis e estimulantes aos seus filhos, contribuindo desta forma para a manutenção do ciclo de maus-tratos (Johnson-Motoyama, et al., 2022).

Ao longo da vida todas as crianças contactam, em contexto de saúde e de educação, com vários profissionais. É assim relevante que os profissionais que interagem de forma mais próxima com crianças estejam atentos a sinais e a fatores de risco, de forma a manter as crianças protegidas do abuso e da negligência (Lines, Grant, & Hutton, 2018).

**Abordagem e Intervenção em Caso de Negligência Infantil Intrafamiliar**

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), em Portugal, é um instrumento jurídico fundamental para salvaguardar os direitos e o bem-estar das crianças e jovens que se encontrem em situações de alto risco, negligência, abuso ou perigo. Esta Lei representa uma abordagem abrangente e integrada à proteção infantil, estabelecendo diretrizes claras e procedimentos para a intervenção em situações de crise (Lei nº142/2015 - Lei Proteção Crianças e Jovens em Perigo, 2015).

Já em 2008, tinha sido dada a relevância dos maus-tratos a crianças e jovens como um problema de saúde pública, onde se tornou imperativo melhorar as respostas prestadas pelos serviços de saúde, assegurando a continuidade das ações já em curso. Para além da responsabilidade partilhada por todos os profissionais na abordagem dos maus-tratos a crianças e jovens, a colaboração e a coordenação das ações através de equipas especializadas constituem uma mais-valia neste domínio (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

Os NACJR desempenham um papel crucial no sistema de proteção infantil em Portugal. São estruturas inseridas em Centros de Saúde (NACJR) e hospitais (NHACJR), que oferecem suporte técnico especializado e atuam como elos fundamentais na coordenação da intervenção em casos de maus-tratos ou risco para crianças e jovens (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

Os NACJR prestam consultoria aos profissionais que lidam diretamente com essas situações, ou seja, às Entidades com Competência na Área da Infância e Juventude (ECMIJ), desenvolvendo Planos de Intervenção e Apoio à Família (PIAF) com base nas necessidades identificadas. Desempenham um papel essencial na avaliação, acompanhamento e, quando necessário, na sinalização de casos a outras entidades ou níveis de intervenção. Promovem assim, a coordenação com a CPCJ e tribunais quando a situação o requer, contribuindo para a aplicação efetiva de medidas de proteção e o acompanhamento contínuo das crianças e famílias

(Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

Os NACJR são elementos-chave na rede de proteção infantil, fornecendo suporte técnico especializado, facilitando a comunicação e coordenação entre várias entidades, e garantindo a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens em situações de risco.

A LPCJP é centrada no princípio do superior interesse da criança, destacando que todas as ações e decisões devem ser orientadas pelo objetivo de garantir o seu bem-estar. Para cumprir este propósito, a lei atribui um papel central às CPCJ, instituições locais encarregadas de operacionalizar as disposições legais em nível regional. As CPCJ desempenham um papel multifacetado na promoção e proteção dos direitos das crianças em perigo, incluindo a avaliação de situações de risco, a elaboração de planos de intervenção, a colaboração com outras entidades, e a coordenação de medidas de proteção (Lei nº142/2015 Lei Proteção Crianças e Jovens em Perigo, 2015).

Esta comissão é composta por duas configurações distintas: a comissão restrita e a comissão alargada. A primeira consiste em membros especializados na área da infância e juventude e é responsável por tomar decisões críticas no âmbito da proteção infantil, como a avaliação de situações de perigo, a elaboração de planos de intervenção e o encaminhamento de casos para tribunais, quando necessário (Lei nº142/2015 - Lei Proteção Crianças e Jovens em Perigo, 2015).

Por outro lado, a comissão alargada é uma extensão da anterior e inclui membros da comunidade local, desempenhando um papel importante ao garantir que a intervenção seja sensível às necessidades locais e aos contextos culturais (Lei nº142/2015 - Lei Proteção Crianças e Jovens em Perigo, 2015).

Essas duas configurações da CPCJ trabalham em conjunto para assegurar que as crianças em situações de perigo recebam a proteção e o apoio adequados, bem como para promover a participação da comunidade no processo de proteção infantil.

As CPCJ estão habilitadas a aplicar diversas medidas de promoção e proteção em casos de crianças e jovens em situações de risco. Estas medidas abrangem: apoio junto das figuras parentais, apoio junto de outros familiares, confiança a uma pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida, acolhimento familiar e acolhimento residencial. A aplicação destas medidas é feita de acordo com a natureza da situação e ocorre no meio natural de vida, nas quatro primeiras, ou em regime de colocação, nas duas últimas. Quando a CPCJ conclui que é necessária a adoção, o processo de promoção e proteção é encaminhado para o Tribunal (CNPDPCJ, 2023a).

Quanto ao processo de requerimento, qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ameacem a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento de uma criança ou jovem deve comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância e juventude (CNPDPCJ, 2023).

No ano de 2022, um total de 74.191 crianças e jovens foram acompanhados pelas CPCJ em Portugal. Desses, 28.396 tiveram processos de promoção e proteção instruídos com medidas aplicadas. Foram ainda comunicadas um total de 49.564 situações de eventual perigo envolvendo crianças e jovens às CPCJ, representando um aumento de 6.489 situações em comparação com o ano anterior (CNPDPCJ, 2023b).

As principais entidades responsáveis por comunicar situações de perigo às CPCJ são as Forças de Segurança e os Estabelecimentos de Ensino. As categorias mais comuns de perigo comunicadas são "Violência Doméstica" e "Negligência," com um notável aumento na categoria de "Comportamentos de Perigo na Infância e Juventude." (CNPDPCJ, 2023b).

Em 2022, foram realizados 27.370 diagnósticos de maus-tratos, um aumento de 619 em relação a 2021. Destes diagnósticos, 13.444 concluíram que era necessária a aplicação de medidas de promoção e proteção da criança ou jovem. A negligência foi o tipo de mau-trato com mais incidência (30,5%), afetando principalmente crianças e jovens do sexo masculino com idades entre 0 e 10 anos. (CNPDPCJ, 2023b).

Em 2022, o número de comunicações relacionadas a crianças em situação de risco no concelho de intervenção atingiu um total de 610 casos. Dessas notificações, 224 foram reportadas pelas forças de segurança, 147 foram reportadas pelos estabelecimentos de ensino, 100 são anónimos, 36 foram pela própria CPCJ, 21 pelos estabelecimentos de saúde, enquanto apenas 7 foram provenientes do NACJR. As restantes comunicações são realizadas por diversas entidades, como familiares, lares, pelo próprio, vizinhos, entre outros (CNPDPCJ, 2023b).

Desses 610 casos, foram identificadas 53 situações classificadas como negligência e 82 casos de negligência considerada grave, totalizando 135 situações de negligência, perfazendo 22% dos casos. Esses dados refletem a preocupação contínua com crianças em situações vulneráveis, destacando a necessidade de intervenção e proteção em contexto local (CNPDPCJ, 2023b).

Apesar da prevalência e das graves consequências, a resposta continua a ser lenta, mesmo quando a negligência é evidente. Os profissionais de saúde e professores são aqueles que têm responsabilidade profissional, mas não legal, de denunciar ou tomar alguma forma de ação para ajudar a manter uma criança segura (Bullock, et al., 2019).

Os maus-tratos infantis muitas vezes ocorrem em simultâneo com outras questões familiares, incluindo a violência doméstica, o abuso de substâncias e a saúde mental. Portanto, é provável que vários profissionais estejam envolvidos com diferentes focos e prioridades, dificultando o desenvolvimento de um objetivo comum para proteger uma criança (Bullock, et al., 2019).

A intervenção, perante uma situação de risco e de perigo, é processada segundo o modelo da subsidiariedade, onde existem três níveis distintos de ação no que diz respeito à proteção das crianças e jovens (Figura 1).

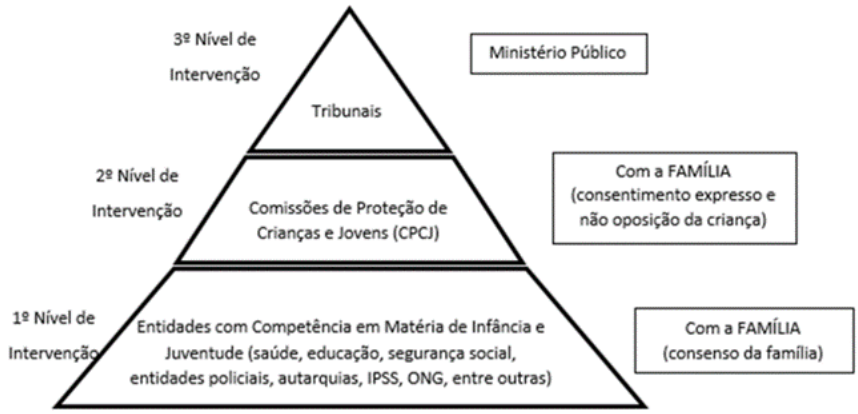
No primeiro nível, são reconhecidas competências e autoridade a entidades especializadas na área da infância e juventude. Isso engloba organizações ativas em áreas como saúde, educação, formação profissional e atividades de lazer. Essas entidades têm a responsabilidade principal de promover os direitos das crianças e jovens, bem como protegê-los de forma geral, incluindo aqueles em situações de risco ou perigo. No fundo, trata-se de todas entidades que apresentam proximidade à criança/jovem e, apresentam prioridade de intervenção face às CPCJ e aos tribunais. Aqui, é necessário o consentimento da família (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

No segundo nível, quando as entidades mencionadas no primeiro nível não conseguem intervir de maneira adequada e eficaz para remover a ameaça ou perigo, entra em ação a CPCJ. É importante notar que a área da Saúde também participa ativamente neste nível de intervenção. As CPCJ desempenham um papel complementar e mais especializado na proteção das crianças e jovens em situações de risco (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

Por fim, no terceiro nível, a intervenção adquire uma dimensão judicial, que é considerada como último recurso na proteção de crianças e jovens em situações de perigo. Este nível é reservado para os casos em que todos os outros recursos se mostraram inadequados para garantir a segurança e o bem-estar das crianças e jovens, demonstrando assim uma abordagem de último recurso na proteção das crianças e jovens em risco (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

**Figura 1**

*Modelo da Subsidiariedade*

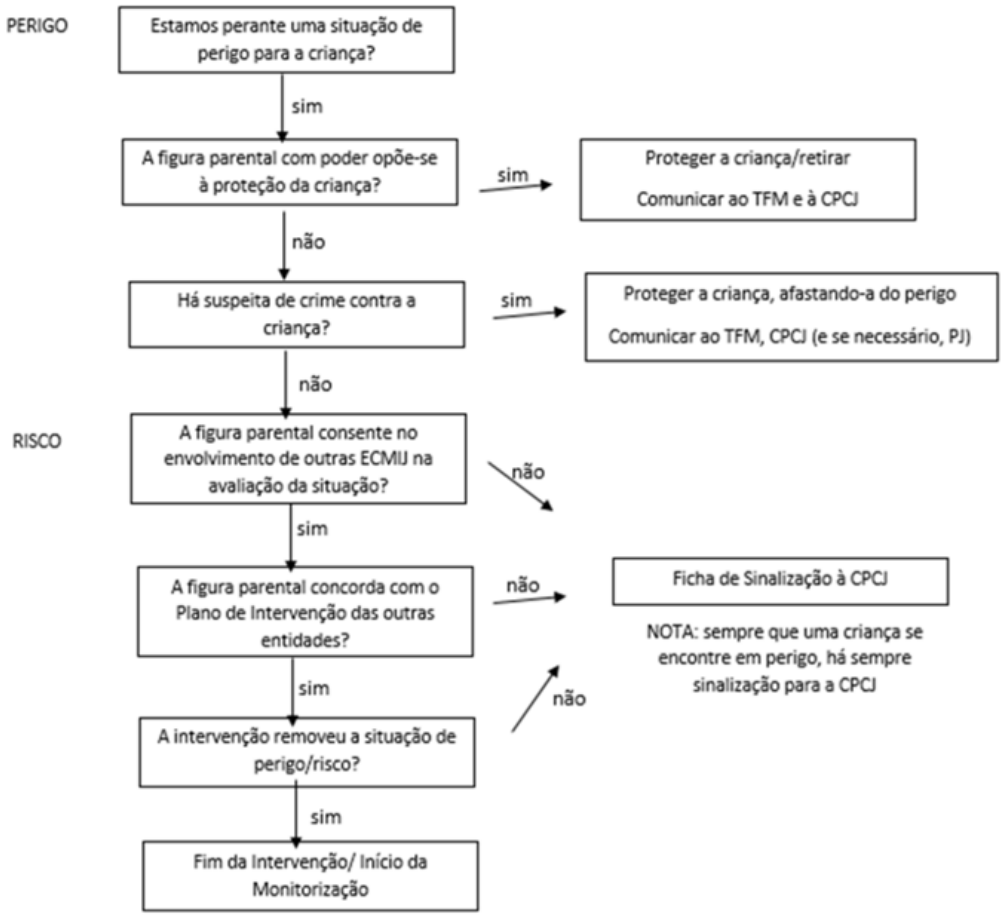



Ou seja, de uma forma mais prática (Figura 2), se estamos perante uma situação de risco e/ou perigo atual ou iminente para a criança, é necessário perceber se os detentores do poder paternal se opõem à proteção imediata da criança. Se sim, proteger de imediato a criança e comunicar ao Tribunal de Família e Menores (TFM) e à CPCJ. Se não, tentar perceber se há algum crime contra a criança. Se sim, proteger a criança e de igual forma, comunicar ao TFM e à

CPCJ. Se não for o caso, questionar à figura parental se consente o envolvimento de ECMIJ na avaliação da situação. Se sim, e concorda com o plano de intervenções de outras entidades (como o NACJR) e se, consequentemente essa intervenção eliminar o risco e/ou perigo, existe o fim da intervenção e dá-se início da monitorização. Caso não consinta o envolvimento de ECMIJ, é realizada uma ficha de sinalização à CPCJ (Despacho 31292/2008 do Ministério da saúde, 2008).

**Figura 2**

*Fluxograma de Intervenção*




**O Papel da Comunidade Educativa e dos Profissionais de Saúde**

A escola, revela ser um pilar fundamental para o desenvolvimento da criança. Assim, a equipa pedagógica e não pedagógica deve ser capaz de identificar casos de maus-tratos infantis nas famílias, de forma a conseguir sobretudo prevenir este tipo de situações, mas também intervir e denunciar (Almeida, 2022).

Os professores do 1º ciclo veem os seus alunos na maioria dos dias e, pela natureza do seu

papel desempenhado, desenvolvem relações com as crianças e com a respetiva família direta. Estes profissionais, apresentam, por isso, condições priveligiadas para identificar mudanças de comportamento ou qualquer aparente falta de cuidado ou apoio por parte das figuras parentais (Bullock, et al., 2019).

Num estudo realizado pelo mesmo autor, os profissionais educativos pareciam confiantes na sua capacidade de identificar a negligência infantil, no entanto, consideraram a negligência, especialmente a emocional, difícil de eliminar devido à sua perceção de falta de provas e à crença de que não é suficientemente grave para ser denunciada, por si só. O que torna o seu diagnóstico mais lento, devido ao facto de se encontrar, muitas vezes camuflado. Embora a literatura indique que os profissionais podem subestimar a gravidade da negligência, há pouca investigação sobre como os profissionais se sentem em relação às diferentes áreas de negligência infantil e como abordam estas áreas, especialmente a negligência emocional (Bullock, et al., 2019). O mesmo estudo mostra também que os profissionais podem estar cientes da ocorrência de negligência infantil, mas sentem a necessidade de reunir mais evidências para apoiar suas crenças antes de denunciar.

As crianças com menos de 4 anos de idade são as mais vulneráveis por muitas razões, incluindo dependência, tamanho pequeno e incapacidade de se defenderem. Os programas de prevenção que são apoiados por evidências da sua eficácia incluem intervenções precoces para famílias em risco, visitas domiciliárias por enfermeiros e apoio parental, especialmente quando as crianças são pequenas (Midtsund et al., 2023).

Assim, e relativamente à área da saúde, os enfermeiros têm contacto frequente com crianças, nomeadamente com as que correm maior risco de abuso e negligência, quer pela sua presença nas consultas de vigilância de saúde, quer pela sua ausência recorrente, que leva a uma maior necessidade de aproximação destas famílias. Colocando-se assim, numa posição ideal para contribuir para a prevenção, identificação e respostas a crianças e famílias vulneráveis em ambientes que vão desde os cuidados de saúde primários até aos hospitais pediátricos terciários (Lines, Grant, & Hutton, 2018).

Num estudo realizado por Freitas et al., em 2021, concluiu-se que os enfermeiros entendem o que é violência infantil intrafamiliar, conhecem os tipos de violência e como identificar na sua prática. Acreditam que o papel do enfermeiro é ouvir e orientar a figura parental, notificar e acionar os órgãos responsáveis. No entanto, consideram necessário o seu empoderamento e melhorar os conhecimentos necessários para saberem como abordar e tratar melhor este género de situações (Freitas, et al., 2021).

Qualquer um destes profissionais, educação e saúde, faz parte das ECMIJ, o que significa que são responsáveis por oferecer resposta numa primeira linha.

**O Papel do Enfermeiro Especialista na Negligência Infantil Intrafamiliar**

As intervenções nos problemas do abuso e negligência infantil reconhecem que, uma multidisciplinar envolvendo todos os setores da sociedade, é um caminho valioso a seguir. Uma dessas intervenções é o modelo de saúde pública que visa prevenir o abuso, fornecer intervenção precoce e cuidados contínuos às crianças e famílias quando o abuso ocorre. É necessária uma intervenção por parte dos profissionais de saúde pública porque os fatores que deixam as crianças vulneráveis ao abuso e à negligência são muitas vezes multifatoriais e dependem da interação de vários fatores sociais, económicos e parentais (Lines, Grant, & Hutton, 2018).

No Japão, por exemplo, os enfermeiros de saúde pública desempenham um papel crucial na prevenção do abuso e negligência infantil, prestando cuidados de saúde à família. Fornecem estratégias de prevenção de maus-tratos e negligência, desde o nível primário ao terciário, combinando cuidados individuais, estratégias populacionais e abordagens de alto risco em múltiplos níveis. No primeiro nível de prevenção, os enfermeiros de saúde pública estabelecem uma relação com as mães desde a gravidez, de forma a avaliar as necessidades e os riscos. Após o parto existe uma visita domiciliaria a fim de avaliar a parentalidade e apoiar as famílias de alto risco e empoderar as de baixo risco. Ao nível da prevenção secundária, tentam detetar e responder precocemente às famílias com fatores de risco com base no estado físico, comportamental e mental da criança e da figura parental, construindo uma relação de apoio com a mesma e prestando serviços de saúde preventivos. Ao nível da prevenção terciária, os enfermeiros de saúde pública protegem e cuidam da criança vítima de abuso, auxiliando na sua monitorização, e previnem a recorrência de casos de abuso (Honda et al., 2020).

A evidência internacional destaca a importância de intervenções precoces e preventivas na proteção da infância, uma vez que estas têm o potencial de mitigar os impactos negativos do abuso e negligência infantil a longo prazo.

Nesse sentido, Portugal enfrenta a necessidade de reavaliar e ajustar suas políticas e práticas para incorporar estratégias de prevenção mais robustas e proactivas, seguindo o exemplo de nações que já obtiveram sucesso nesse domínio.

Assim, os profissionais de saúde, em particular, desempenham um papel importante na prevenção do abuso infantil, avaliando-as, detetando fatores de risco e denunciando suspeitas de maus-tratos infantis às autoridades (Midtsund et al., 2023).

É difícil alcançar a prevenção na programação de saúde pública, em parte devido ao nível de apoio necessário para superar os fatores de risco e reforçar os fatores de proteção para as famílias e comunidades (Matone, et al., 2018).

No Relatório Europeu sobre a Prevenção dos Maus-Tratos Infantis, a OMS (2015) afirmou que, para que a sociedade demonstre um compromisso real em proteger as crianças do abuso e da

negligência, a prevenção deve ser priorizada (OMS,2015).

Os enfermeiros noruegueses de saúde pública integraram conhecimentos para prevenir maus-tratos infantis como parte do seu trabalho diário, utilizando uma abordagem holística e centrada na criança para prevenir maus-tratos infantis, tendo em conta a criança, a família e o ambiente (Granrud et al., 2022).

Através da sensibilização e consciencialização, colaborar e trabalhar em rede, oferecer apoio e orientação às famílias e, garantir que as instituições que atendem crianças sejam ambientes seguros.

**Comunidade enquanto Cliente de Cuidados de Enfermagem de Saúde Pública e Saúde Comunitária**

A origem do termo "comunidade" remonta ao latim, mais precisamente a "communitas", que traduz para "bem comum", "público" ou "geral". A maior parte das definições atribuídas a esse conceito sugere implicitamente três dimensões fundamentais: a presença de indivíduos, uma localização específica e uma função particular (Rodrigues, 2012).

A OMS, em 1974, define comunidade como “um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exibe e cria normas, valores e instituições sociais”.

A enfermagem comunitária é uma abordagem abrangente e contínua voltada para todos os indivíduos e famílias ao longo de suas vidas e para os grupos e comunidades com que estes se identificam ou onde se integram. Esta prática valoriza e estimula a independência e a responsabilidade das pessoas em relação à sua saúde, de acordo com as suas capacidades, desempenhando as suas funções de maneira apropriada e eficaz (Rodrigues, 2012, as cited in Correia, Dias, Coelho, et al., 2001).

Enquanto área avançada na tomada de decisões clínicas, a enfermagem comunitária abarca um domínio específico de decisões clínicas voltadas para a promoção da saúde das comunidades, fundamentado no empoderamento comunitário. Identifica-se um processo que parece potenciar uma otimização dos projetos de intervenção comunitária, sobretudo quando focados na comunidade como cliente e alicerçados na promoção de uma gestão comunitária eficaz (Almeida, 2016).

Por outras palavras, promover a capacidade da população de fazer escolhas mais acertadas para a sua saúde representa uma abordagem crucial para a promoção da saúde e para a prevenção e controlo de doenças crónicas na comunidade (Mendes, 2020). Neste contexto, surge o conceito de empowerment comunitário, que se refere a um processo pelo qual as comunidades fortalecem as suas capacidades para promover a saúde e realizar mudanças

positivas nas suas rotinas (Moura et al., 2020).

Durante o desenvolvimento infantil, existem várias transições críticas, onde a criança precisa de receber cuidados adequados, apoio emocional, estímulos cognitivos e um ambiente seguro para que se possa desenvolver de maneira saudável (Manuel, 2019). Quando isto não acontece o desenvolvimento da criança pode estar comprometido e trazer assim um impacto negativo para as fases seguintes.

## 3.2. Clientes

**Cliente**

Comunidade

## 3.3. Domínios

| Início | Domínios | Fim |
|---|---|---|
| 02-10-2023 15:30 | Preparação da Comunidade para Integrar Crianças em Situação de Vulnerabilidade Acrescida | |

### 3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Conforme Chesnay (2008), a vulnerabilidade é um conceito amplo que, na área da saúde, refere-se à suscetibilidade de desenvolver problemas de saúde específicos. Populações vulneráveis são aquelas com maior risco de enfrentar desafios físicos, psicológicos ou sociais devido ao seu status sociocultural marginalizado, acesso limitado a recursos económicos ou características individuais como género ou idade. O termo vulnerabilidade é frequentemente associado a uma conotação negativa, pois essas populações são geralmente caracterizadas por fragilidades, raramente sendo reconhecidas pelas suas capacidades que, se mobilizadas, poderiam torná-las resilientes. É comum observar que as populações vulneráveis muitas vezes possuem recursos socioeconómicos limitados e vivem em situações de pobreza (Sousa, 2022).

A vulnerabilidade é composta por três dimensões distintas que se inter-relacionam: a do

"entitlement," relacionada aos direitos das pessoas; o "empowerment," referente à participação política e institucional; e a dimensão da política económica, que abrange a organização estrutural-histórica da sociedade e suas implicações. Esta abordagem tridimensional destaca a complexidade da vulnerabilidade, considerando não apenas os direitos individuais, mas também o empoderamento e os contextos económicos e estruturais que influenciam a suscetibilidade das pessoas e comunidades (Nichiata et al., 2008).

A vulnerabilidade refere-se a condições que tornam as pessoas mais propensas a doenças ou deficiências, devido a vários fatores. A falta de estímulo adequado, a exposição a drogas e a violência são condições adversas ao desenvolvimento infantil. No entanto, um ambiente de apoio, com relações afetivas contínuas, pode ajudar a reduzir essa vulnerabilidade. Compreender a vulnerabilidade permite aos enfermeiros identificar e responder às necessidades de saúde das pessoas. Nos cuidados de saúde primários, a enfermagem desempenha um papel crucial na intervenção durante a primeira infância, especialmente em comunidades com um maior risco social. Isso pode melhorar as condições de saúde das crianças, aumentar a produtividade económica e contribuir para a formação de cidadãos responsáveis no futuro (Silva et al, 2014).

A fim de se perceber os fatores de vulnerabilidade, sabe-se que estes podem ser organizados em três grandes secções. Em primeiro lugar, são exploradas as dimensões individuais, como género, identidade de género, orientação sexual, idade e condições de saúde. Em seguida, é analisado o contexto parental e familiar, como o histórico de abuso parental, práticas parentais, abuso de substâncias, violência entre parceiros íntimos e a dinâmica familiar. Por último, são analisados os fatores ambientais e de redes sociais, incluindo a pobreza, estrutura da vizinhança, apoio social comunitário, religião e identidade cultural, reconhecendo o seu papel na proteção ou exposição das crianças ao abuso. Proporciona assim uma visão abrangente dos diversos elementos que moldam a vulnerabilidade das crianças e destaca a importância de uma abordagem holística na prevenção e intervenção do abuso infantil (Chu et al., 2016).

Os casos de maus-tratos infantis mostram uma tendência a se concentrar em áreas desfavorecidas. Esta concentração pode ser explicada pela interação de várias características socioeconómicas presentes nos bairros. Por exemplo, a pobreza, o desemprego, a falta de acesso a serviços de saúde mental e apoio familiar adequado têm sido identificados como fatores que aumentam o risco de maus-tratos infantis. Além disso, a presença de problemas sociais, como violência comunitária e instabilidade familiar, pode contribuir para um ambiente propício aos maus-tratos. Essas condições socioeconómicas adversas podem criar uma situação de stress crónico para os pais e cuidadores, aumentando a probabilidade de comportamentos abusivos em relação às crianças (Coulton et al., 2017).

Ruoff (2021) destaca que a faixa etária das crianças as torna intrinsecamente vulneráveis, tanto devido à sua aparente invisibilidade jurídica quanto ao elevado grau de dependência, tornando-

as um grupo submisso às condições do ambiente físico e social em que se inserem (as cited in Malta, 2019; Assis, 2018).

Na área da enfermagem de saúde pública e comunitária, utilizam-se várias práticas interconectadas para promover a saúde, prevenir doenças e reduzir riscos para a população (ANA, 2015). A conceção de cuidados de enfermagem envolve uma visão completa e orientada para o cliente, sendo adotada pelos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde e bem-estar aos clientes (Potter et al., 2017).

A negligência infantil intrafamiliar, assim como a saúde no geral, não é apenas uma preocupação do sistema de proteção à infância; é também uma responsabilidade partilhada por toda a sociedade. A negligência ocorre nos ambientes familiares onde as crianças vivem e crescem. É crucial tomar medidas para garantir que esses ambientes sejam seguros e promovam o bem-estar das mesmas.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 aborda os diversos fatores que influenciam a saúde da população, chamados de determinantes em saúde. Esses determinantes estão agrupados em cinco categorias principais: ambientais, biológicos, comportamentais, relacionados com o sistema de saúde e demográfico-sociais e económicos. O plano reconhece a importância de considerar esses fatores de forma integrada para melhorar a saúde da população ao longo da próxima década (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Os determinantes sociais da saúde são definidos como “condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida quotidiana” (CDCP, 2022).

Os maus-tratos infantis são um problema de saúde pública altamente prevalente que contribui para a morbilidade e mortalidade na infância e para consequências para a saúde a curto e longo prazo que persistem na idade adulta. Pesquisas anteriores sugerem que os determinantes sociais da saúde, como o estatuto socioeconómico e o trauma intergeracional, estão altamente correlacionados com os maus-tratos infantis (Johnson-Motoyama, et al., 2022).

Estes determinantes são moldados pela distribuição financeira, poder e recursos a nível local, nacional e global. A pobreza é indiscutivelmente o determinante social de saúde mais prevalente e potente que contribui para o risco de maus-tratos (Ross, Traube, & Cederbaum, 2022).

Ou seja, ao monitorizar os determinantes sociais de saúde, é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem, identificando situações de vulnerabilidade que as tornam propensas a desenvolver patologias físicas e mentais. Compreender estas vulnerabilidades é uma competência que deve ser desenvolvida na formação profissional, capacitando os profissionais da educação e da saúde para planear ações eficazes e assertivas que promovam o pleno crescimento e desenvolvimento infantil (Ruoff, 2021).

Para erradicar eficazmente as ocorrências de abuso e negligência e, simultaneamente mitigar os efeitos adversos associados, é necessária uma abordagem abrangente que inclua a prevenção e aborde os determinantes sociais da saúde (Ross, Traube, & Cederbaum, 2022).

Assim, os enfermeiros esforçam-se para garantir que todos tenham igualdade de acesso aos cuidados de saúde e às oportunidades de bem-estar, independentemente das suas circunstâncias económicas, sociais ou ambientais. Trabalham para identificar e reduzir as barreiras que impedem algumas pessoas de alcançar um estado de saúde, contribuindo assim para uma comunidade mais justa e saudável.

Uma das áreas centrais de foco do enfermeiro é a melhoria da saúde do indivíduo em todas as fases da vida. O conceito de promoção da saúde foi inicialmente discutido na carta de Ottawa, em 1986, surgindo como uma abordagem para lidar com as crescentes procuras da população em relação aos cuidados de saúde pública. Nesse contexto, a promoção da saúde é definida como um processo que capacita as pessoas a terem maior controlo sobre a sua própria saúde, com o objetivo de melhorá-la, tornando-se um meio essencial para alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social completo (Organização Mundial da Saúde, 1987).

A OMS propõe diversas estratégias relevantes para a promoção da saúde. Essas estratégias englobam a defesa de ações que beneficiem a saúde da comunidade, o fortalecimento da capacidade da comunidade para tomar decisões que promovam a sua própria saúde, a criação de ambientes favoráveis e de apoio, a colaboração e parceria entre setores e instituições, bem como a reorientação dos serviços de saúde (OMS, 2008).

Neste sentido, o enfermeiro ajuda as comunidades a adotar práticas saudáveis e a adquirir medidas preventivas para melhorar a saúde. Isto pode envolver a educação, promoção de estilos de vida saudáveis e oferta de estratégias para a implementação dos mesmos.

**Áreas de Atenção**

Como visto à priori, é necessário ter em atenção que as crianças passam por um conjunto de transições e que as mesmas devem ser facilitadas para que não exista nenhuma consequência nesse desenvolvimento.

A teoria das transições refere-se ao processo pelo qual os indivíduos passam, de um estado, condição ou local para outro, especialmente no contexto da saúde e da doença. Esta teoria enfatiza a mudança e os desafios enfrentados pelos indivíduos ao evoluírem por diferentes fases da vida, da saúde e serve de base para intervenções em enfermagem. É necessário assim compreender as complexidades da transição pela qual o individuo está a passar, de forma a que este obtenha mais conhecimentos e posteriormente, adeque comportamentos (Meleis, 2010).

Esta teoria proporciona uma compreensão mais aprofundada dos processos de transição. Assim, na área da enfermagem, são identificadas quatro categorias principais de transições: as

desenvolvimentais, as de saúde/doença, as situacionais e as organizacionais.

Também destaca a importância do apoio durante essas fases de transição, seja de desenvolvimento, situacional ou relacionada com processos de saúde-doença. O apoio pode advir de várias fontes, incluindo capacidades internas, ambientes externos, suportes sociais e assistência profissional. A teoria enfatiza a necessidade de os indivíduos possuírem os recursos necessários e a força para se adaptarem a novos papéis, responsabilidades e configurações de saúde durante os momentos de transição (Meleis, 2010).

Além disso, a teoria das transições envolve um processo bem planeado e coordenado que considera as necessidades, preferências e prontidão para a mudança do indivíduo. A enfermagem desempenha um papel crucial em facilitar essas transições, fornecendo apoio, educação e orientação aos indivíduos, famílias e comunidades (Meleis, 2010).

A perspetiva de atuação da enfermagem face à negligência intrafamiliar tem múltiplas perspectivas, com diferentes frentes: a abordagem familiar; a criança; os pais ou tutores; a promoção de ambientes protetores. Este projeto focaliza-se nesta última abordagem, promovendo o papel da comunidade escolar no sentido da sua capacitação para identificar, intervir e, até referenciar as situações identificadas no sentido de assegurar o desenvolvimento seguro e saudável, evitando consequências da negligência no futuro destas crianças.

Qualquer criança se encontra a vivenciar uma transição de natureza desenvolvimental; e quando a negligência ocorre, pode colocar em risco o seu bem-estar e saúde, dificultando o seu desenvolvimento natural e desejável. Assim, no pior cenário, a criança pode enfrentar múltiplas e simultâneas transições que se encontram relacionadas, a desenvolvimental e a transição saúde-doença, dependendo do impacto que a negligência traga para a saúde da criança.

Os profissionais que mantêm um contacto mais próximo com estas crianças, nomeadamente na área da educação e da saúde, desempenham um papel crucial enquanto parte integrante dos recursos e do ambiente comunitário em que as crianças estão inseridas. Perante estas circunstâncias, é importante considerar o conhecimento, a preparação e as atitudes destes profissionais, bem como as políticas e práticas institucionais, como elementos determinantes que podem influenciar positiva ou negativamente a transição saudável da criança e da família.

A Preparação da Comunidade para Integrar Crianças em Situação de Vulnerabilidade Acrescida é a área de atenção principal deste projeto, em que através do conhecimento mais concreto desta realidade, bem como das estratégias disponíveis para lidar com estes problemas, a comunidade escolar possa sentir-se mais capacitada melhorando o seu nível de mestria na identificação e referenciação das situações.

Assim, para que estas transições ocorram da melhor forma possível, torna-se imperativo aprofundar o conhecimento da comunidade nas seguintes áreas: no conceito de negligência, no impacto da mesma e na sua correta referenciação.

**Diagnóstico de Situação**

A ideia para o projeto que aqui se propõe desenvolver surgiu no decorrer da vigilância epidemiológica realizada no estágio na USP, após se verificar que a saúde mental e competências socioemocionais é uma das prioridades do programa de saúde escolar local que ainda se encontra pouco desenvolvida. No estágio na UCC surgiu a possibilidade de conhecer o NACJR, cujo trabalho ainda é pouco conhecido e por isso, pouco procurado.

Assim, foi discutida a realização de um levantamento das maiores necessidades na área de intervenção e foi desenvolvido um projeto que pudesse dar resposta à diminuição do impacto dos maus-tratos. Os dois contextos clínicos demonstraram preocupação na identificação e intervenção precoce em casos de negligência infantil intrafamiliar.

Após revisão da bibliografia, chegou-se à conclusão que crianças com menor idade apresentam uma maior carência de cuidados e, portanto, a negligência presente nessa fase, acarreta maiores consequências. Neste sentido, a nível de idade escolar, foram selecionadas as crianças do pré-escolar e do 1º ciclo.

População-Alvo

Alguns constrangimentos foram identificados numa ideia inicial de trabalhar esta temática com as crianças ou com os responsáveis/famílias das mesmas, pela sensibilidade que o tema requer. Pensando assim, numa forma de identificar precocemente e existir uma intervenção mais eficaz, surgiu a ideia de trabalhar com os profissionais que apresentam um contacto próximo com as mesmas. Especialmente, profissionais das áreas da educação e da saúde.

Como percebido anteriormente neste trabalho, o papel da comunidade educativa e dos profissionais de saúde é crucial para as crianças negligenciadas. A população do projeto cinge-se então a uma Unidade de Saúde Familiar (USF) na área geográfica de intervenção, nomeadamente médicos com especialidade de Medicina Geral e Familiar e os enfermeiros desta unidade, e à equipa docente e não docente das escolas primárias e dos jardins de infância do agrupamento escolar da mesma área.

A USF é composta por catorze elementos, sete enfermeiros e sete médicos. Deste agrupamento fazem parte quatro escolas primárias, e quatro jardins de infância, do qual fazem parte da equipa docente dezanove professores e oito educadores e, da equipa não docente trinta e sete auxiliares educativos.

Assim sendo, a população para o projeto engloba, no seu total, 78 elementos.

Colheita de Dados

Foi então realizado um questionário aos profissionais mais próximos, da área da educação e da saúde, para perceber quais as necessidades da população-alvo, de forma a priorizar, e posteriormente, dar resposta.

Foi estabelecido o contacto com a diretora do agrupamento de escolas selecionado e com o coordenador da USF. Foram solicitadas reuniões de forma a apresentar o projeto e pedir, consequente, colaboração. Foram agendadas reuniões para cada estabelecimento de forma a apresentar o projeto e pedir colaboração com o preenchimento de um questionário. Paralelamente, foi também realizado um levantamento de indicadores demográficos, descritos acima, sobre esta população assim como da comunidade onde se insere.

Este questionário (anexo I), baseado em Rajado (2012), é um instrumento de recolha de dados voluntário e anónimo, distribuído e aplicado presencialmente. O mesmo encontra-se dividido em quatro partes distintas. A primeira parte diz respeito ao consentimento informado, onde o inquirido concorda ou não em responder ao questionário com as condições apresentadas. De seguida surge a caracterização sociodemográfica, com alguns dados como a idade e categoria profissional, para tratamento estatístico. Numa terceira fase, o inquirido terá de classificar hipotéticas situações passíveis de serem consideradas como negligência, onde poderá optar por caracterizar cada uma delas como "É uma situação de negligência", "Não é uma situação de negligência", e "Poderá ser ou não uma situação de negligência, dependendo da consideração de vários fatores"; nesta última encontram-se subcategorizados alguns fatores para analisar consoante a situação "A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude.", "As condições socioeconómicas dos pais", "A frequência, duração ou severidade da situação" e "As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais".

De seguida, é questionado se ao longo da sua atividade profissional já observaram casos de negligência, e se sim, se os notificaram.

Tenta-se também perceber se já identificaram ou se identificassem uma vítima de negligência, como procederiam. Como opções de resposta tinham "Denunciava a uma entidade responsável", "Tentava conversar com os cuidadores da criança/jovem", "Tentava conversar com os cuidadores da criança/jovem e, denunciava o caso a uma entidade responsável", "Não tomaria qualquer atitude" e "Outra" com um espaço de resposta curta.

Caso tenham optado pela opção "Denunciava a uma entidade responsável", tentou-se também perceber que entidade(s) seria(m), podendo os inquiridos assinalar mais do que uma resposta se assim entendessem. As respostas possíveis são: "Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco", "Comissão de Proteção de Crianças e Jovens", "Tribunais", "Forças Policiais" e "Outra" com um espaço de resposta curta.

No caso de ter sido colocada a opção "Não tomaria qualquer atitude", tentou-se perceber o porquê com as seguintes opções: "Falta de informação na área", "Falta de confiança no diagnóstico", "Receio de enfrentar os cuidadores da criança/jovem" e "Outra" com um espaço de resposta curta. Aqui também poderiam ter assinalado mais do que uma opção.

Foi questionado se considerariam a sua profissão na identificação de casos de negligência a crianças/jovens. E por fim, uma questão de resposta aberta para sugestões de numa possível formação sobre este assunto, perceber que temáticas gostariam de ver abordadas.

De forma a garantir o sigilo e a manter as respostas anónimas, foram entregues os questionários para que os inquiridos pudessem responder de forma isolada. Foi estabelecida a data de recolha para uma semana após, de forma a que se pudessem recolher todos os questionários, mantendo o anonimato.

Como referido anteriormente, foram identificados 78 elementos na população-alvo descrita para responder ao questionário. Destes, apenas 39 se demonstraram disponíveis para a respetiva participação, e dois não consentiram para a realização do estudo, perfazendo uma amostra de 37 questionários. Assim, a taxa de resposta foi de 47%.

Segundo Fortin, (1999), a colheita de dados através dos questionários tem como um dos inconvenientes a baixa taxa de resposta. Embora os 47% sejam suficientes, era expectável uma maior taxa de resposta, para obtenção de uma melhor validade na caracterização da população.

Caracterização da Amostra

Após a aplicação do instrumento, e análise estatística dos dados obtidos, obtiveram-se os resultados abaixo descritos, e apresentados graficamente no anexo II.

Começando por realizar uma análise à caracterização sociodemográfica, 31 dos participantes são do sexo feminino e 6 do sexo masculino. As idades compreendem-se entre 25 e os 68 anos, sendo a média de 41 anos. Quanto ao estado civil, 57% da amostra é casada ou vive em união de facto. Foi ainda possível comprovar que 59% dos participantes tem filhos, e destes, 19% tem um filho.

Relativamente às habilitações literárias:

• Seis participantes concluíram o mestrado (16%);

• Vinte participantes são licenciados (54%);

• Cinco participantes terminaram o ensino secundário (14%);

• Seis participantes são detentores do 3º ciclo (16%).

Quanto à sua categoria profissional, sabe-se que 14% (n=5) são enfermeiros, 8% (n=3) são médicos, 41% (n=15) são professores e, 32% (n=12) como auxiliares educativos com 5% (n=2) que se identificaram como “outro”, sendo estes professores bibliotecários.

Verifica-se então que 78% (n=29) dos participantes são profissionais da área da educação e 22% (n= 8) da área da saúde.

Discussão dos Resultados

Relativamente à terceira parte do questionário, dedicado a compreender qual o nível de conhecimento, para posterior identificação da negligência. Para isso, foram selecionadas e descritas sete situações e, para cada uma delas, o inquirido teria de selecionar se seria uma situação de negligência ou não. Sabe-se que todas as situações apresentadas no questionário, são situações de negligência.

• Primeira situação: "Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.": 79% (n=29) definiu como uma situação de negligência e 21% (n=8) descrevem que depende das condições socioeconómicas dos pais;

• Segunda situação: "Os pais de uma criança não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória" um participante (3%) definiu como não sendo uma situação de negligência, 92% (n=34) como sendo uma situação de negligência e 5% (n=2) descrevem que depende das condições socioeconómicas dos pais;

• Terceira situação: "Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico." 81% (n=30) dos participantes descreve como sendo uma situação de negligência, 11% (n=4) depende da situação socioeconómica dos pais e 8% (n=3) consideram que depende da consciência que os pais têm das eventuais consequências;

• Quarta situação: "Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a." 86% (n=32) consideram ser uma situação de negligência, e os restantes 14% (n=5) consideram que depende da situação socioeconómica dos pais;

• Quinta situação: "Os pais de uma criança consentem que coma pouco, que ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física." 95% (n= 35) dos participantes considera ser uma situação de negligência e 2 participantes (5%) dizem depender das condições socioeconómicas dos pais;

• Sexta situação: "Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior." 92% (n=34) referem ser negligência, 5% (n=2) dizem depender do estatuto socioeconómico dos pais e 3% (n=1) dizem depender da frequência, duração ou severidade da situação;

• Sétima situação: "Uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender." 79% (n=29) dos participantes considera ser uma situação de negligência, 11% (n=4) dizem depender do estatuto socioeconómico dos pais, 5% (n=2) consideram que depende da consciência que os pais têm das eventuais consequências e 5% (n=2) não considera ser uma situação de negligência.

Na parte seguinte do questionário (resultados representados graficamente no anexo III), cujo intuito é perceber o nível de conhecimento face à referenciação, percebe-se que 65% (n=24) dos participantes já observaram casos de negligência ao longo da sua atividade profissional, enquanto 13 dizem que não (35%). Daqueles que disseram que sim, 54% (n=13) dizem ter notificado e os restantes assumem que não o fizeram.

Quanto à questão "Se identificou ou identificasse uma criança vítima de negligência, como procederia?" 14% (n=5) denunciavam a uma entidade responsável, 35% (n=13) tentavam conversar com a figura parental e é importante referir que estes participantes são 100% da área da educação, o que ressalta uma boa interação entre educadores e figuras parentais, no entanto o caso pode estar a ser camuflado e portanto, em caso de dúvida é importante a sua denuncia a uma entidade; 35% (n=13) tentavam conversar com os cuidadores da criança e, denunciavam o caso a uma entidade responsável, 8% (n=3) não tomariam qualquer atitude e 8% (n=3) definiram outra resposta como "Psicologia" e "Um superior". Daqueles que relataram que denunciariam a uma entidade responsável 28% (n=5) indica que seria no Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, 56% (n=10) indica que se dirigia à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, 11% (n=2) denunciariam às Forças Policiais e 22% (n=4) selecionaram outras opções como "Assistente social do agrupamento" e "Coordenadora da escola". Pelo contrário, aqueles que indicaram que não tomariam nenhuma atitude, dizem fazê-lo por falta de informação na área (n=1) e dois participantes por receio de enfrentar os cuidadores da criança.

Dos participantes 97% (n=36) consideram que enquanto profissional de saúde/educação, o seu papel é essencial na identificação de casos de negligência a crianças, e apenas um participante não o considera ser. No entanto 100% dos participantes referem que esta temática é importante no seu exercício profissional.

Numa última questão, de resposta aberta foram solicitadas temáticas sobre o assunto que gostassem de ver abordadas, apenas 14 participantes deixaram sugestões como: "Procedimentos a adotar em caso de negligência", "como atuar perante uma situação", "métodos de atuação", "como abordar o assunto", "responsabilidades parentais", "direcionados para os cuidadores", "como gerir problemas emocionais", "formas de diálogo com os encarregados de educação".

Assim, os profissionais da Unidade de Saúde Familiar da área geográfica de intervenção e dos profissionais de educação dos jardins de infância e das escolas do 1º ciclo do agrupamento escolar, referiram no questionário que não se sentem devidamente preparados para lidar com crianças e jovens que possam estar a enfrentar negligência infantil no seio familiar. Esta falta de preparação criou dificuldades e insegurança entre os profissionais, uma vez que se sentiram incapazes de intervir de forma apropriada quando identificaram um caso e proporcionar o cuidado necessário a estas crianças.

A correta identificação dos problemas de saúde influencia a definição de prioridades

(Mamadhussene, 2020).

Após a implementação do questionário e análise dos resultados obtidos, foram identificadas as necessidades, que se encontram listadas abaixo, sem ordem particular.

• 87% dos participantes não detém conhecimento sobre o NACJR, 100% destes da área educativa;

• 8% não tomaria nenhuma atitude por falta de conhecimento e por receio dos cuidadores da criança, o que numa situação delicada como esta se torna numa percentagem razoavelmente elevada;

• 46% dos participantes não denunciou um caso quando o identificou;

• 56% dos participantes que denunciariam a uma entidade dirigir-se-iam diretamente à CPCJ;

• 13% dos profissionais da educação associaram os fatores socioeconómicos às situações de negligência.

**Determinação de Prioridades**

Nesta fase, decidiu-se utilizar o Método de Hanlon, adaptado à amostra específica. Este método permite estabelecer uma ordem hierárquica para abordar os problemas identificados, tendo em consideração quatro critérios importantes apresentados por Tavares (1992): a amplitude (A) que se refere à extensão do impacto potencial de um risco, enquanto a gravidade (B) considera a seriedade das consequências caso o risco se concretize. A eficácia (C) analisa a capacidade das medidas de mitigação em reduzir ou eliminar o risco, e a exequibilidade (D) avalia a viabilidade prática da implementação dessas medidas. Estes quatro elementos são cruciais para avaliar e priorizar os riscos, ajudando na tomada de decisão.

Com base nestes critérios, foi analisada a amplitude do impacto de cada problema, ou seja, a extensão em que afeta as pessoas envolvidas. De seguida, considerou-se a gravidade, avaliando a intensidade das consequências negativas causadas pelo problema. Foi tido também em conta a eficácia das soluções possíveis para resolver o problema e a viabilidade prática dessas soluções, ou seja, a exequibilidade.

Como resultado desse processo identificou-se que as necessidades mais prementes incluem o aumento do conhecimento sobre negligência e o aprimoramento das estratégias de abordagem e intervenção perante uma criança negligenciada (anexo IV).

**Fixação de Objetivos**

Após analisar a literatura existente e com o propósito de abordar as necessidades identificadas nas fases iniciais do planeamento em saúde, foi gerado o projeto de intervenção comunitária intitulado de "Mais Apoio, Menos Negligência". Este projeto foi desenvolvido e implementado ao longo do presente estágio, continuado do estágio anterior.

Como referido numa fase anterior, este projeto vem dar resposta a necessidades sentidas pelas unidades, UCC e USP, onde o estágio foi realizado. Com o objetivo principal de promover o processo comunitário: melhorar a identificação e referenciação de comportamentos de negligência infantil intrafamiliar.

O foco "processo comunitário", é descrito como uma "sucessão de interações e padrões de relacionamento entre membros da comunidade" (CIPE, 2018), ou seja, centra-se na interação entre os membros da comunidade, e está ligado às dimensões do empoderamento comunitário, que envolvem grupos dinamizadores, organizações comunitárias e parcerias (Melo et al., 2018).

O objetivo geral deste projeto é melhorar o processo de identificação e referenciação de situações de negligência, permitindo assim uma intervenção precoce para minimizar o número de casos com potencial para evoluir para situações de alto risco, através do empoderamento comunitário.

Com o estudo realizado até este ponto, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

Melhorar o conhecimento na comunidade sobre identificação da negligência;

Melhorar o conhecimento na comunidade sobre referenciação da negligência.

Objetivos Operacionais e Critérios de Resultado

Os objetivos operacionais representam os resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis que se deseja alcançar. Estes são enunciados de forma clara e precisa, orientando as próximas etapas. Por sua vez, os indicadores de resultado constituem um quadro de referência que permite avaliar até que ponto se alcançou as variações consideradas desejáveis nos indicadores de atividade. Estes indicam o sucesso ou o insucesso das estratégias (Imperatori & Geraldes, 1993).

Assim sendo, os objetivos operacionais são:

• Que 95% ou mais dos elementos da comunidade tenham conhecimento sobre a identificação da negligência;

• Que 95% ou mais dos elementos da comunidade tenham conhecimento sobre a referenciação da negligência.

Com os seguintes critérios de resultado e fórmula de cálculo:

• Aumentar de 87% para 95% o conhecimento na comunidade sobre a identificação da negligência: esta percentagem é obtida dividindo o número de participantes que responderam corretamente pelo total de participantes da comunidade, e multiplicando-se o resultado por 100.

• Aumentar de 54% para 95% o conhecimento na comunidade sobre referenciação da negligência: este cálculo é feito dividindo o número de participantes que responderam

corretamente pelo total de participantes da comunidade, e multiplicando-se o resultado por 100.

**Seleção de Estratégias**

As intervenções em grupo visando a promoção da saúde demonstram uma considerável diversidade e complexidade, sendo amplamente influenciadas pela área de atuação. Em concordância com os objetivos predefinidos, as intervenções em grupo apresentam vantagens substanciais, permitindo alcançar resultados mais significativos em termos de saúde. É notório que quanto maior o número de participantes do grupo de intervenção, maior a probabilidade de reter a informação e mudar hábitos (Osaba et al., 2012).

No que diz respeito ao conceito de educação em saúde da comunidade, é uma estratégia comumente usada pelos enfermeiros pois permite que indivíduos, famílias e comunidades aprendam sobre o seu bem-estar e saibam como utilizar os recursos disponíveis em seu ambiente, tornando a saúde parte integrante da vida cotidiana (Mamadhussene, 2020).

A promoção da saúde incorpora a educação para a saúde como um elemento fundamental. Nessa abordagem, enfatiza-se um processo educativo que incentiva o crescimento do indivíduo, oferece orientação para a adoção de estilos de vida saudáveis, facilita a tomada de decisões informadas, fortalece as relações dentro de uma comunidade e reconhece o indivíduo como um agente ativo no processo educativo, alguém que participa ativamente e assume responsabilidade por seu próprio bem-estar (Rodrigues, 2012).

A OMS (2012) refere que a educação para a saúde tem como objetivo promover as competências das pessoas através de abordagens pedagógicas, estratégias motivacionais, desenvolvimento de habilidades e sensibilização. Para esta entidade, a educação para a saúde não se limita à simples partilha de informações sobre saúde, mas também envolve o estímulo à motivação, desenvolvimento de competências e confiança (autoeficácia) necessárias para adquirir ações que melhorem a saúde. Além disso, inclui a comunicação de informações acerca dos fatores sociais, económicos e ambientais que afetam a saúde, para além dos comportamentos de risco individuais, bem como o conhecimento e utilização do sistema de saúde.

Para a implementação deste projeto de intervenção, optou-se pela realização de duas sessões de Educação para a Saúde, com recurso a equipamento audiovisual e a material de leitura impresso de apoio à temática da sessão.

Como Tavares (1992) afirmou, “A própria população pode não mostrar grande aceitabilidade face ao projeto.” (p.147) e, portanto, por vezes é necessário o recurso a técnicas para promover a ultrapassagem desses obstáculos. Para assegurar o sucesso do projeto foram tidas em conta estratégias apresentadas na preparação operacional.

**Preparação Operacional**

O nome do projeto foi escolhido para refletir a essência do mesmo de forma abrangente. A expressão "Mais Apoio" realça a abordagem positiva e construtiva do projeto, evidenciando a intenção de proporcionar conhecimento, suporte, recursos e assistência a crianças que enfrentam situações de vulnerabilidade acrescida. Por outro lado, "Menos Negligência" direciona o foco para o objetivo central de reduzir a negligência infantil. Esta componente sublinha a importância de prevenir a negligência através de consciencialização, intervenção proactiva e fornecimento de recursos, com o propósito de assegurar ambientes seguros e de apoio para as crianças. Adicionalmente, o nome escolhido é claro, memorizável e pode funcionar como um convite à ação, mobilizando a comunidade.

Nesta fase, é imperativo realizar as diversas atividades que irão compor o projeto de intervenção. Foi elaborado um cronograma (ver Anexo V) com o intuito de facilitar uma compreensão completa e unificada das várias atividades que compõem o projeto de intervenção. Essas atividades devem ser coordenadas de acordo com os objetivos operacionais definidos. Essa coordenação deve seguir os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990), abrangendo a própria atividade, a organização, a data de ocorrência, o local de realização, a descrição do processo de execução, o objetivo e os critérios de avaliação. Essas ações passam por:

• A fim de oferecer mais visibilidade ao projeto, foi elaborado um logótipo (anexo VI), cujo simbolismo parte de uma mão a segurar num coração azul escuro. A mão representa o apoio dado por todos os profissionais que passam a estar capacitados com a implementação do projeto, e o coração azul sobre a mesma, representa os maus-tratos transformados em amor/carinho após o apoio fornecido. O azul é a cor que simboliza os maus-tratos.

• Incluir a participação ativa da diretora do agrupamento escolar desempenha um papel crucial para assegurar o êxito da implementação do projeto na instituição. Esta colaboração facilitará a execução das atividades de formação, permitindo a mobilização de recursos, sensibilização da comunidade educativa e fomento da aceitação e participação dos agentes educativos nas sessões formativas. A realização destas atividades visa garantir o envolvimento ativo e informado da diretora, elemento fundamental para o sucesso da implementação do projeto no contexto do agrupamento escolar.

• Incluir também o Coordenador da Unidade de Saúde Familiar da área geográfica de intervenção: entrar em contacto com o diretor da USF da freguesia de intervenção; agendar uma reunião formal para apresentação do projeto "Mais Apoio, Menos Negligência" e respetivos objetivos; elucidar para a importância da implementação do projeto; colaborar na identificação de possíveis desafios e procura conjunta de soluções; solicitar apoio na promoção e divulgação das sessões junto da equipa dos profissionais de saúde na USF da área geográfica de intervenção.

• Promover a adesão ativa dos professores e assistentes operacionais ao projeto através da

certificação que surge como uma estratégia essencial. Com esta estratégia, pretende-se que a certificação se transforme num incentivo genuíno e valioso para os profissionais participarem nas formações, destacando a importância da formação contínua e o comprometimento com a aprendizagem.

• Promoção das Sessões: elaborar cartazes de divulgação para aumentar a adesão dos professores e dos assistentes operacionais ao projeto, assim como os profissionais de saúde da USF.

• Campanhas de Sensibilização: desenvolver panfletos, cartazes, e outros materiais informativos que elucidem para o conceito de negligência, o seu impacto, e a importância para a identificação e notificação precoce; desenvolver materiais didáticos sobre a negligência, adaptados à faixa etária dos alunos, a fim de serem utilizados em sala de aula, promovendo a sensibilização e conhecimento sobre a temática; sensibilizar a USF para a referenciação de crianças negligenciadas para o NACJR.

• Realização de sessões dirigidas à população-alvo: realizar as sessões para a equipa docente e não docente das escolas do agrupamento de intervenção, e realizar a sessão para a equipa de profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar da área geográfica de intervenção.

Assim, a diretora do agrupamento de escolas, a fim de promover as sessões, enviou email para as escolas abrangidas pelo projeto com a apresentação das mesmas, com a confirmação da creditação.

Paralelamente, foi estudada junto do Coordenador da USF da área geográfica de intervenção, qual a melhor altura para me deslocar à unidade e realizar a sessão. Numa reunião de serviço, onde todos os profissionais se encontravam presentes, foi agendada a visita ao estabelecimento de saúde.

Esperou-se assim, atingir um maior número de participantes envolvidos.

Previsão de Recursos

A nível de recursos humanos utilizados para a realização do projeto de intervenção, seriam essenciais: os Professores Orientadores; a Equipa da Saúde Escolar; a Diretora do Agrupamento de Escolas de Intervenção e; o Diretor da Unidade de Saúde Familiar da Freguesia de Intervenção. No entanto, para cada um destes profissionais, não foi estimado nenhum custo, uma vez que faz parte do seu exercício profissional e já existe uma remuneração para essas horas. Aqui, acresce a Enfermeira Mestranda, o único recurso humano adicional empregue para a realização do projeto.

Para os recursos materiais, foram reunidos tinteiros, papel, impressora e canetas. Para os logísticos foi necessária uma sala de aula, uma viatura e respetivo combustível. Já para os recursos tecnológicos, foi crucial a existência de um computador, de um projetor, de colunas e

de internet. Sendo que tudo isto só se pôde realizar dependendo dos recursos temporais: disponibilidade do agrupamento escolar de intervenção e da unidade de saúde familiar da freguesia de intervenção. Aqui, não é possível estipular um valor fixo, uma vez que na sua maioria, são materiais que já existem nestes locais e, portanto, são custos partilhados.

A nível de despesas, existem valores que não são possíveis de quantificar e, por isso, não serão abordados valores estimados.

Viabilidade do Projeto

A análise SWOT é uma ferramenta de gestão estratégica que ajuda a avaliar as forças (Strengths), fraquezas (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats) de um projeto. Ao desenvolver um projeto, esta análise pode ajudar a avaliar a viabilidade e identificar os principais desafios e oportunidades que poderão surgir. Isto permite desenvolver estratégias mais sólidas, definindo metas realistas. Permite também a identificação de ameaças que possam vir a afetar o projeto. Após realização da análise SWOT do projeto (anexo VII), verifica-se que tanto como fatores internos como externos, apresenta mais pontos positivos do que negativos, o que nos dá uma segurança de viabilidade de projeto.

Após uma análise abrangente dos locais de estágio, que inclui a observação das atividades e a identificação de necessidades podia-se concluir que a execução do projeto era viável.

De seguida, apresenta-se a conceção de cuidados, onde são apresentados os dados obtidos no questionário, o objetivo, os diagnósticos obtidos de acordo com os dados que necessitam de melhoria e, quais as respetivas intervenções, de forma a dar resposta.

A forma como os enfermeiros planeiam os cuidados refere-se a uma abordagem completa e centrada na pessoa que os recebe (Potter et al., 2017). Esta forma de cuidar leva em conta vários aspetos, como físicos, emocionais, sociais e espirituais dos cuidados (American Nurses Association, 2015).

Quando se fala sobre cuidados de enfermagem, é importante destacar a comunicação eficaz e a colaboração entre os profissionais de saúde, os indivíduos e as suas famílias. Isso garante que os cuidados sejam ajustados às necessidades de cada um (O'Toole, 2016). Essa abordagem é especialmente importante durante as transições dos utentes.

Qualquer transição desenvolvimental se caracteriza como um processo complexo e multifacetado, envolvendo mudanças biológicas, psicológicas e sociais (WHO, 2021). Como referido anteriormente, qualquer criança está a passar por uma transição deste tipo.

Neste contexto, é relevante sublinhar a importância dos cuidados de saúde nesta etapa da vida, seja para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças crónicas ou preparar-se para a fase adulta.

## 3.4. Conceção de Cuidados

**Preparação da Comunidade para Integrar Crianças em Situação de Vulnerabilidade Acrescida**

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - 79% (n=29) definiu como uma situação de negligência, pais que não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.

02-10-2023 15:30 - 21% (n=8) descrevem que pais que não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem, pode ou não ser um caso de negligência dependendo das condições socioeconómicas.

02-10-2023 15:30 - 11% (n=2) daqueles que denunciariam um caso de negligência a uma entidade responsável, seria às forças policiais.

02-10-2023 15:30 - 92% (n=34) definiu como uma situação de negligência, pais que não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória.

02-10-2023 15:30 - 95% (n= 35) consideram que pais que consentem que o filho/a coma pouco e ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física, é uma situação de negligência.

02-10-2023 15:30 - 22% (n=4) daqueles que denunciariam um caso de negligência a uma entidade responsável, selecionaram outras opções como “Assistente social do agrupamento” e “Coordenadora da escola”.

02-10-2023 15:30 - 67% (n=2) daqueles que não tomariam qualquer atitude perante um caso identificado, admitem ser por receio de enfrentar os cuidadores da criança.

02-10-2023 15:30 - 97% (n=36) dos participantes consideram que enquanto profissional de saúde/educação, é essencial na identificação de casos de negligência a crianças.

02-10-2023 15:30 - 3% (n=1) dos participantes não consideram que enquanto profissional de saúde/educação, é essencial na identificação de casos de negligência a crianças.

02-10-2023 15:30 - 100% (n=37) dos participantes referem que esta temática é importante no seu exercício profissional.

02-10-2023 15:30 - 5% (n=2) descrevem que pais que não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória, depende das condições socioeconómicas dos pais.

02-10-2023 15:30 - 81% (n=30) dos participantes definiu que os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico como sendo uma situação de negligência.

02-10-2023 15:30 - 65% (n=24) dos participantes já observaram casos de negligência ao longo da sua atividade profissional.

02-10-2023 15:30 - 11% (n=4) descrevem que pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento que não lhe proporcionam apoio terapêutico depende da sua situação socioeconómica.

02-10-2023 15:30 - 8% (n=3) descrevem que pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento que não lhe proporcionam apoio terapêutico depende da consciência que os pais têm das eventuais consequências.

02-10-2023 15:30 - 86% (n=32) consideram que pais de uma criança que não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do seu filho/a, é uma situação de negligência.
02-10-2023 15:30 - 5% (n=2) consideram que pais que consentem que o filho/a coma pouco e ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física, depende da situação socioeconómica dos pais.
02-10-2023 15:30 - 14% (n=5) consideram que pais de uma criança que não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do seu filho/a, depende da situação socioeconómica dos pais.
02-10-2023 15:30 - 92% (n=34) referem que quando uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior, está perante uma situação de negligência.
02-10-2023 15:30 - 5% (n=2) consideram que quando uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior, pode ou não ser uma situação de negligência dependendo do estatuto socioeconómico dos pais.
02-10-2023 15:30 - 3% (n=1) consideram que quando uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior, pode ou não ser uma situação de negligência dependendo da frequência, duração ou severidade da situação.
02-10-2023 15:30 - 79% (n=29) consideram que uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender, é uma situação de negligência.
02-10-2023 15:30 - 11% (n=4) consideram que uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender, pode ou não ser uma situação de negligência dependendo do estatuto socioeconómico dos pais.
02-10-2023 15:30 - 35% (n=13%) dizem não ter observado casos de negligência ao longo da sua atividade profissional.
02-10-2023 15:30 - 5% (n=2) consideram que uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender, pode ou não ser uma situação de negligência dependendo da consciência que os pais têm das eventuais consequências.
02-10-2023 15:30 - 3% (n=1) definiu que os pais de uma criança que não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória como não sendo uma situação de negligência.
02-10-2023 15:30 - 54% (n=13) dos que observaram casos de negligência dizem ter notificado o caso.
02-10-2023 15:30 - 14% (n=5) dos participantes denunciaria um caso de negligência a uma entidade responsável.
02-10-2023 15:30 - 35% (n=13) perante um caso de negligência tentavam conversar com os cuidadores da criança e, denunciavam o caso a uma entidade responsável.
02-10-2023 15:30 - 8% (n=3) perante um caso de negligência definiram outra resposta como “Psicologia” e “Um superior” como abordagem.

02-10-2023 15:30 - 28% (n=5) daqueles que denunciariam um caso de negligência a uma entidade responsável, seria ao Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco.

**02-10-2023 15:30 - Promover Processo Comunitário: identificação e referenciação de comportamentos de negligência infantil intrafamiliar**

02-10-2023 15:30 - 13% (n=4) dos profissionais da educação associaram os fatores socioeconómicos às situações de negligência.

02-10-2023 15:30 - 87% (n=32) dos participantes não detém conhecimento sobre o NACJR.

02-10-2023 15:30 - 46% (n=17) dos participantes não denunciou um caso quando o identificou.

02-10-2023 15:30 - 56% (n=20) dos participantes que denunciariam a uma entidade dirigir-se-iam diretamente à CPCJ.

02-10-2023 15:30 - 35% (n=13) dos participantes tentavam conversar com os cuidadores da criança assim que identificassem um caso de negligência.

02-10-2023 15:30 - 8% (n=3) não tomariam qualquer atitude perante um caso de negligência identificado.

02-10-2023 15:30 - 33% (n=1) daqueles que não tomariam qualquer atitude perante um caso identificado, admitem ser por falta de conhecimento.

**02-10-2023 15:30 - Potencial da comunidade para melhorar o conhecimento sobre identificação da negligência**

*02-10-2023 15:30 - Ensinar a comunidade sobre identificação da negligência.*

*02-10-2023 15:30 - Avaliar a evolução do conhecimento na comunidade sobre identificação da negligência.*

**02-10-2023 15:30 - Potencial da comunidade para melhorar o conhecimento sobre referenciação da negligência**

*02-10-2023 15:30 - Ensinar a comunidade sobre referenciação da negligência.*

*02-10-2023 15:30 - Avaliar a evolução do conhecimento na comunidade sobre referenciação da negligência.*

*02-10-2023 15:30 - Avaliar evolução do processo comunitário: gestão da negligência infantil intrafamiliar.*

10-01-2024 09:30

10-01-2024 09:30 - 87% (n=32) definiu como uma situação de negligência pais que não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.

10-01-2024 09:30 - 14% (n=5) descrevem que pais que não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem, pode ou não ser um caso de negligência dependendo das condições socioeconómicas.

10-01-2024 09:30 - 92% (n=34) referem que quando uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior, está perante uma situação de negligência.

10-01-2024 09:30 - 8% (n=3) consideram que quando uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior, pode ou não ser uma situação de negligência dependendo do estatuto socioeconómico dos pais.

10-01-2024 09:30 - 100% (n=37) consideram que uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender, é uma situação de negligência.
10-01-2024 09:30 - 70% (n=26) dos participantes já observaram casos de negligência ao longo da sua atividade profissional.
10-01-2024 09:30 - 30% (n=8) dos que observaram casos de negligência dizem ter notificado o caso.
10-01-2024 09:30 - 100% (n=37) dos participantes ao identificarem um caso, referenciava a uma entidade responsável.
10-01-2024 09:30 - 98% (n=36) referenciava o caso de negligência ao NACJR.
10-01-2024 09:30 - 96% (n=36) referenciava o caso de negligência às CPCJ.
10-01-2024 09:30 - 100% (n=37), consideram a temática importante no seu exercício profissional.
10-01-2024 09:30 - 95% (n=32) definiu que os pais de uma criança que não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória como uma situação de negligência.
10-01-2024 09:30 - 5% (n=2) descrevem que pais que não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória, depende das condições socioeconómicas dos pais.
10-01-2024 09:30 - 84% (n=31) dos participantes definiu que os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico como sendo uma situação de negligência.
10-01-2024 09:30 - 16% (n=6) descrevem que pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento que não lhe proporcionam apoio terapêutico depende da sua situação socioeconómica.
10-01-2024 09:30 - 82% (n=30) consideram que pais de uma criança que não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do seu filho/a, é uma situação de negligência.
10-01-2024 09:30 - 18% (n=7) consideram que pais de uma criança que não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do seu filho/a, depende da situação socioeconómica dos pais.
10-01-2024 09:30 - 89% (n=33) consideram que pais que consentem que o filho/a coma pouco e ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física, é uma situação de negligência.
10-01-2024 09:30 - 11% (n=4) consideram que pais que consentem que o filho/a coma pouco e ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física, depende da situação socioeconómica dos pais.

## 3.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do processo comunitário: gestão da negligência infantil intrafamiliar.

- Satisfação no grupo com a gestão da negligência infantil intrafamiliar.

Ensinar a comunidade sobre identificação da negligência.

- Ensinar sobre os maus-tratos: são todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos atuais ou potenciais para a saúde da criança, e da sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. Os maus-tratos afetam saúde, o desenvolvimento físico, psicológico e social; assim como a dignidade da criança.
- Explicar que os maus-tratos podem ser ativos, quando são caracterizados pela adoção de determinados comportamentos contrários ou conflituantes com as necessidades fundamentais da criança ou jovem; ou passivos, quando existe uma omissão de cuidados.
- Ensinar sobre a tipologia dos maus-tratos: mau-trato físico, mau-trato psicológico/emocional, abuso sexual e Síndrome de Munchausen de Procuração são maus-tratos do tipo ativo; e a negligência.
- Ensinar sobre negligência: entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.
- Ensinar sobre tipos de negligência: Negligência ao nível dos cuidados básicos, negligência ao nível de cuidados de saúde, negligência ao nível da supervisão e proteção, negligência ao nível educativo e negligência emocional e afetiva.
- Questionar, apresentando algumas situações, se a comunidade está ou não perante uma situação de negligência.
- O impacto da negligência: Saúde física e mental comprometidas, relações interpessoais fragilizadas, problemas de autoestima e identidade, ciclo intergeracional de negligência e, propensão a comportamentos de risco.
- Ensinar sobre causas e fatores de risco de negligência: Problemas parentais, stress e pressões socioeconómicas, isolamento social, abuso de substâncias, ciclo intergeracional, falta de conhecimento sobre as necessidades infantis e, problemas de saúde da criança, como necessidades especiais.
- A importância de uma identificação precoce - prevenir: Consciencialização e educação, identificação de sinais de risco, sensibilização, colaboração e trabalho em rede, apoio e fortalecimento familiar, observação atenta e comunicação aberta.

Avaliar a evolução do conhecimento na comunidade sobre identificação da negligência.

- Reavaliar conhecimento com a aplicação do questionário.

Ensinar a comunidade sobre referenciação da negligência.

- Ensinar sobre os níveis de atuação: demonstrar e explicar a pirâmide da subsidariedade.
- Ensinar sobre a constituição de cada um dos níveis de atuação: Primeiro nível – Entidades com competência em matéria de infância e juventude, segundo nível - comissões de proteção de crianças e jovens e, terceiro nível - tribunais.

- Ensinar a abordagem perante um caso detetado: Atuar de acordo com os princípios da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco com critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade.
- Ensinar a referenciar: Não havendo situação de perigo eminente, mas existindo risco que justifique acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo oposição a este pelos pais/cuidadores, o caso deve ser remetido à CPCJ da área de residência, devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando no domínio da CPCJ a oposição se mantém, a situação é remetida pela Comissão ao Tribunal de Família e Menores.
- Ensinar sobre o conceito do NACJR: Equipa especializada, na área da saúde, que desempenha um papel crucial no sistema de proteção infantil em Portugal.
- Ensinar sobre a atuação do NACJR: Oferecem suporte técnico especializado e atuam como elos fundamentais na coordenação da intervenção em casos de maus-tratos ou risco para crianças e jovens. Prestam consultoria aos profissionais que lidam diretamente com essas situações, ou seja, às Entidades com Competência na Área da Infância e Juventude (ECMIJ), desenvolvendo Planos de Intervenção e Apoio à Família (PIAF) com base nas necessidades identificadas. Desempenham um papel essencial na avaliação, acompanhamento e, quando necessário, na sinalização de casos a outras entidades ou níveis de intervenção.
- Fornecer contatos do NACJR da área de intervenção e, como referenciar. Os profissionais de educação, passam a articular com a equipa de saúde escolar; os profissionais da saúde referenciam pelo SClínico.
- Ensinar sobre o conceito da CPCJ: Compostas por profissionais de diversas áreas, como saúde, educação, segurança social, entre outras, e trabalham em conjunto para avaliar, acompanhar e intervir em situações de risco para crianças e jovens.
- Ensinar sobre a atuação da CPCJ: Quando a CPCJ identifica uma situação de perigo para uma criança ou jovem, pode propor medidas de promoção dos seus direitos e interesses, que podem incluir ações de apoio à família, acompanhamento psicossocial, colocação em instituição de acolhimento, entre outras. Tem a responsabilidade de proteger e promover os direitos das crianças e jovens, assegurando um ambiente seguro e propício ao seu desenvolvimento integral.
- Fornecer contatos da CPCJ da área de intervenção.
- Ensinar sobre objetivos de referenciação: Prevenir a ocorrência perante o risco detetado, proteger a criança/jovem, intervir no problema e evitar a ocorrência.

Avaliar a evolução do conhecimento na comunidade sobre referenciação da negligência.

- Reavaliar conhecimento com a aplicação do questionário.

### 3.6. Síntese relativa ao caso

Para a realização deste projeto, foram planeadas e executadas duas sessões distintas. A

primeira ocorreu a 7 de dezembro de 2023 e destinou-se aos profissionais da educação. Esta sessão foi realizada online, através da plataforma Zoom.

A segunda sessão, dirigida aos profissionais de saúde, realizou-se a 5 de janeiro de 2024, na Unidade de Saúde Familiar da área geográfica.

Para que esta implementação fosse possível, foram realizados os seguintes passos:

• Entrar em contacto com a diretora do agrupamento de escolas de intervenção, via email, para definir o melhor momento para a realização da sessão.

• Preparação da formação, baseada com conteúdo científico. A apresentação e o plano detalhado dessa sessão estão anexados a este documento (anexos VIII e IX).

• Esta primeira formação teve a duração de uma hora, onde foram abordados os seguintes conteúdos: o conceito de criança e de criança em risco; o desenvolvimento humano e a importância das suas etapas; os direitos das crianças; a estratégia nacional para os direitos da criança 2021-2024; a identificação precoce; os maus-tratos e a sua tipologia; o conceito de negligência; a tipologia, o impacto e as causas e fatores de risco da negligência; estratégias de prevenção; enquadramento legislativo; níveis de intervenção; as CPCJ e os NACJR; atitudes e postura a ter em conta perante a família e a criança/jovem; contatos de referenciação. Foi ainda proporcionado um espaço para discussão e esclarecimento de dúvidas.

• Paralelamente, entrou-se também em contacto com o coordenador da USF da área de intervenção, via email, para definir o melhor momento para a realização da sessão.

• Para esta segunda sessão, aos conteúdos da primeira, acrescentou-se uma parte prática para que os profissionais pudessem entender qual a forma de referenciação via SClínico. Os materiais apresentados nesta sessão, incluindo a apresentação e o plano de sessão estão anexados a este documento (anexos X e XI, respetivamente).

Ao longo de todo o processo da execução do projeto, foi notável a cooperação e disponibilidade demonstradas por todos os profissionais, tanto da área da educação quanto da saúde, para abordar a temática em questão. Após cada sessão, foi aplicado um questionário com o objetivo de avaliar se houve melhoria no conhecimento dos participantes.

Segue-se a avaliação desta execução.

**Avaliação**

Com a análise dos resultados do segundo questionário aplicado, o final, consegue-se perceber se os objetivos foram ou não alcançados.

Após a concretização das sessões e aplicação dos novos questionários, obtiveram-se 37 respostas, sendo 21 provenientes de profissionais da educação e 16 de profissionais da saúde.

O número de participantes foi exatamente o mesmo do questionário inicial. Este sólido envolvimento dos participantes não valida apenas a importância da temática escolhida, como reflete também o sucesso das estratégias utilizadas.

No que diz respeito às questões relativas ao conceito de negligência, 89% dos participantes apresentaram respostas consideradas adequadas, ou seja, optaram pela resposta "É uma situação de negligência". Embora este seja um resultado significativo, não atingiu a meta estabelecida de 95% ou mais. Esta situação pode estar relacionada à complexidade do tema, levando a alguma falta de perceção nas respostas. Além disso, a comunidade pode ter diferentes níveis de familiaridade com o assunto, influenciando a compreensão.

No que toca às entidades responsáveis, os participantes teriam de optar pela opção "Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)" e pela opção "Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)". Pode-se afirmar que a comunicação e a transmissão de conteúdos foram eficazes, uma vez que estas entidades alcançaram percentagens superiores aos 98%. Apesar de não ser um objetivo, estes resultados sugerem uma compreensão eficiente por parte dos participantes em relação às funções e responsabilidades dessas entidades no contexto da negligência. A evolução do conhecimento sobre o NACJR ao longo do projeto é notável. Inicialmente, apenas 13% dos participantes demonstraram familiaridade. Contudo, os resultados finais revelam uma mudança, atingindo os 98%. Este aumento destaca não apenas a eficácia da abordagem adotada, mas também a importância de continuar a investir em estratégias de divulgação e educação.

É de destacar também que 100% da amostra expressou a vontade de denunciar um caso de negligência a uma entidade responsável. Este resultado, indica um conhecimento superior a 95% sobre o processo referenciação em situações de negligência, revelando uma excelente compreensão desta importância por parte dos participantes. Esta atitude é particularmente positiva, tendo em conta o valor referido anteriormente sobre o NACJR, e considerando que anteriormente, 46% admitiram não ter notificado um caso de negligência presenciado.

Todos estes valores encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1**

*Resultados e Avaliação da Implementação*

| Objetivos Operacionais | Critérios de Resultado | Resultados | Avaliação |
|---|---|---|---|
| Que 95% ou mais dos elementos da comunidade tenham conhecimento sobre a identificação da negligência | Aumentar de 87% para 95% o conhecimento na comunidade sobre a identificação da negligência | 89% | Não Atingido |
| • Que 95% ou mais dos elementos da comunidade tenham conhecimento sobre a referenciação da negligência | Aumentar de 54% para 95% o conhecimento na comunidade sobre referenciação da negligência | 100% | Atingido |

Enquanto a disposição para agir é universal, a prática efetiva mostra uma percentagem considerável de participantes que, apesar de terem presenciado situações de negligência, não procederam à sua referenciação. Este fenómeno pode ser explorado de forma a compreender as possíveis barreiras ou hesitações na tomada de medidas corretas.

Assim, conclui-se que o projeto alcançou considerável sucesso ao envolver ativamente os participantes e ao atingir uma compreensão substancial sobre as entidades responsáveis e o conceito de negligência. No entanto, a não concretização dos 95% na compreensão do conceito de negligência suscita questões relevantes sobre a abordagem adotada e a complexidade do tema.

Contudo, a discrepância entre a disposição para denunciar (100%) e a prática efetiva levanta algumas preocupações. É essencial explorar as razões subjacentes a essa desconexão, considerando as barreiras práticas ou éticas que possam impactar na tomada de decisão.

De acordo com Tavares (1990), é fundamental incorporar uma forma adicional de avaliação em projetos de intervenção, que se centra na satisfação e aceitação da população-alvo perante a implementação. Para isso, foi acrescido ao segundo questionário, entregue após as sessões, uma secção para a avaliação da formação/formadora, com o objetivo de avaliar as sessões de educação para a saúde no que diz respeito a:

• informação transmitida - se favoreceu ou não a aquisição/consolidação de conhecimentos;

• formadora:

- se foi claro na apresentação dos conteúdos;

- demonstrou interesse para o esclarecimento de dúvidas;

• duração da sessão- se esta foi ou não adequada.

A avaliação dos dados recolhidos através do questionário sobre a avaliação das sessões de educação para a saúde reflete um nível elevado de satisfação por parte dos participantes.

Pode-se observar que 73% dos inquiridos concordam totalmente que a informação transmitida favoreceu a aquisição e a consolidação de conhecimentos, sendo que os restantes 27% também colocaram a opção “concordo”.

De seguida, e quanto à formadora, 67% dos participantes concordam totalmente que foi clara na apresentação dos conteúdos, assim como os 33% restantes também concordam. Além disso, 78% concordam totalmente que a mesma demonstrou interesse para o esclarecimento de dúvidas e que, 21% têm a mesma opinião, concordam.

Quanto à duração da sessão, 73% dos participantes concordam absolutamente que foi

adequada, 24% concordam e 3% não concordam nem discordam.

É também de notar, as sugestões dadas pelos participantes:

• “Foi muito útil, que venha mais formações nesta e noutras áreas.;

• “Segundo a pirâmide, o núcleo devia de atuar mais. É bom conhecer o núcleo e podê-lo utilizar, se necessário. Antes não sabia que existia”;

• “Muito útil”;

• “Mais ações neste âmbito”.

Os comentários recebidos, juntamente com os resultados positivos, demonstram que apesar de algumas melhorias, o projeto foi bem-sucedido.

## 4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A prática de enfermagem implica o desenvolvimento de competências adquiridas durante a formação inicial dos enfermeiros, que são aperfeiçoadas ao longo das carreiras profissionais (Benner, 2001).

Atualmente, os cuidados de saúde e, por conseguinte, os cuidados de enfermagem, ganham uma importância crescente e uma exigência técnica e científica cada vez maior. A diferenciação e a especialização tornam-se, progressivamente, uma realidade abraçada pela maioria dos profissionais de saúde (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Foi diante desta realidade que, também eu, senti a necessidade de evoluir para uma formação especializada. Percebi que uma formação avançada não só alargaria as minhas competências técnicas e científicas, mas também me permitiria contribuir de forma mais significativa para a melhoria da saúde e bem-estar dos utentes, ou neste caso, das comunidades.

A atribuição do título de enfermeiro especialista não se limita à avaliação das competências estabelecidas em cada um dos regulamentos das especialidades. Além disso, requer-se que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os cenários de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que diz respeito às competências comuns, estas enquadram-se em domínios que abrangem a "responsabilidade profissional, ética e legal", a "melhoria contínua da qualidade", a "gestão dos cuidados" e o "desenvolvimento do aprendizado profissional". Estas competências são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Quanto ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, baseia-se num conjunto sólido de conhecimentos no âmbito ético e deontológico, na avaliação rigorosa das práticas, na valorização das preferências do indivíduo, da família ou da comunidade, na defesa intransigente dos direitos humanos e na capacidade de análise e compreensão de contextos específicos de cuidados que possam resultar em situações desafiadoras, procurei manter uma prática segura, profissional e ética, utilizando competências de tomada de decisão ética e deontológica. Sempre considerei as melhores práticas e as preferências dos clientes/comunidade, garantindo o respeito pelos direitos humanos e enfrentando situações delicadas de forma adequada. Assim, quanto à tomada de decisão, existiu sempre a participação dos coordenadores das instituições envolvidas e a presença da orientadora local de estágio.

Foi também, respeitada a individualidade de cada um, com privacidade e anonimato, na aplicação dos questionários.

O projeto de intervenção desempenhou um papel crucial na melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela UCC durante o estágio. Isso foi alcançado através da consulta de várias fontes de informação, como o programa local de saúde, o PNSE e o manual de acolhimento do serviço, que proporcionaram uma base sólida para abordar os problemas identificados. Isso assegurou que a intervenção estivesse alinhada com as melhores práticas e políticas de saúde, tornando o projeto mais eficaz, com oportunidade de continuidade na unidade.

A elaboração de um modelo de plano de sessão para as duas unidades funcionais demonstrou as minhas competências técnicas e capacidade de gestão de recursos, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Esta iniciativa teve como objetivo otimizar os cuidados prestados e promover a melhoria contínua das unidades.

Para além disso, apresentei uma postura proactiva e uma participação ativa, esta interação constante e a partilha de experiências contribuíram para uma melhoria efetiva na qualidade dos serviços, evidenciando o impacto positivo e a promoção de um ambiente participativo na UCC.

Durante a implementação do projeto de intervenção, destaquei-me pela minha capacidade de liderança na gestão eficiente dos recursos e atividades, demonstrando competências relevantes para a gestão de cuidados.

Já as competências específicas “são as (…) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde” (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, são regulamentadas pela OE e estão relacionadas com "competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e realizar pesquisa relevante, visando avançar e aprimorar a prática de enfermagem" (Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

Com base no exposto acima, o Enfermeiro Especialista nesta área “estabelece, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, “participa da coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário” e “realiza e colabora na vigilância epidemiológica em termos geodemográfico” (Regulamento nº428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19354).

De forma a assegurar o desenvolvimento de todas as competências anteriormente descritas, e para consequente obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, procedeu-se à realização dos estágios previamente descritos e à frequência assídua de todas as aulas do curso.

Assim, e analisando cada competência de forma individual, pretendo, neste capítulo, descrever as competências desenvolvidas nos contextos de estágio.

No que diz respeito à primeira competência: estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade; considero que, com a elaboração do projeto "Mais Apoio, Menos Negligência", adquiri esta competência. Uma vez que procedi à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, onde identifiquei e descrevi as principais necessidades de saúde dessa comunidade, baseando-me em todo o estudo dos dados epidemiológicos, demográficos e sociais, com análise de diversos documentos e, em constante parceria com profissionais, como as enfermeiras da equipa escolar e os profissionais da USP; assim consegui obter uma visão holística das questões de saúde enfrentadas pela comunidade.

Adaptei um questionário que me permitiu extrair resultados e perceber efetivamente, após a sua análise, quais as verdadeiras necessidades dessa comunidade e respetivas prioridades. Com estas delineadas, defini o objetivo central do projeto e os objetivos específicos e operacionais.

Foi desenvolvido então a parte inicial do projeto de intervenção na área geográfica de intervenção da USP e da UCC, de forma a poder ser dada continuidade do desenvolvimento do projeto.

A etapa inicial de elaboração do diagnóstico de saúde comprovou ser crucial, onde a identificação e caracterização das necessidades de saúde foram fundamentais, baseando-se em evidências concretas e abordagens multifacetadas. A mudança da fase do planeamento para a execução e para a avaliação destacou a importância de envolver os enfermeiros da UCC. Não só para cimentar melhor o início do projeto, mas também para o manter flexível e eficaz ao longo do tempo. A ideia seria garantir a sua continuidade no mesmo agrupamento escolar, assim como em todos os outros abrangidos pela UCC, tal como o trabalho a ser realizado em cada USF.

Ou seja, após definir a minha comunidade e perceber quais as necessidades da mesma, procedi à priorização e elaborei um projeto, o "Mais Apoio, Menos Negligência", de forma a atingir os objetivos propostos e dar resposta às necessidades identificadas. Por fim, procedi à sua avaliação.

Todo o estágio foi em torno da metodologia do planeamento em saúde, assim como demonstrado ao longo do presente documento.

No que diz respeito a contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, esta segunda competência foi adquirida quando implementado o projeto e realizadas as intervenções, organizadas em sessões de educação para a saúde, na comunidade definida. Para a concretização das mesmas, realizei previamente parcerias com os coordenadores das diferentes instituições, assim como várias estratégias não só para a conquista de um maior número de participantes possível mas também, para que existisse uma transmissão clara de conhecimento.

As sessões de educação para a saúde foram meticulosamente preparadas com o intuito de atender às necessidades específicas dos profissionais participantes, quer da educação como da saúde. Durante as sessões, abordei detalhadamente os diferentes tipos de negligência infantil, destacando os sinais de alerta que podem indicar a sua ocorrência. Além disso, explorei estratégias eficazes de intervenção, fornecendo aos participantes o conhecimento necessário para uma referenciação eficiente.

Um dos pontos altos das sessões foi a promoção de discussões interativas e a partilha de experiências entre os participantes. Esta dinâmica possibilitou a troca de conhecimentos e práticas recomendadas, enriquecendo o conhecimento de todos os envolvidos. Destaquei também a importância da colaboração interdisciplinar entre os profissionais da educação e da saúde, ressaltando como é que essa abordagem integrada é essencial para identificar e abordar casos de negligência infantil intrafamiliar de forma eficaz e abrangente.

Ao longo do processo, foi gratificante observar um extraordinário aumento no conhecimento e na consciencialização dos participantes em relação à negligência infantil. Mais ainda, percebi uma maior confiança entre os participantes na identificação e referenciação adequada de casos suspeitos, o que demonstra o impacto positivo das sessões na capacitação desses profissionais para lidar com essa questão tão delicada e crucial.

No âmbito de integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, esta competência ficou também assegurada uma vez que o projeto se baseou no Programa Nacional de Saúde Escolar, dando resposta às suas necessidades.

É também importante salientar que foram elaborados protocolos entre os serviços de saúde e as escolas onde o projeto foi implementado, passando a existir uma relação estreita entre o NACJR e os profissionais da educação. Foi estabelecida uma ponte entre as profissionais da saúde escolar e da comunidade educativa, para uma referenciação mais eficaz.

No que diz respeito à última competência: “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, à semelhança da primeira, foi realizado um levantamento de dados sociodemográficos e de prevalência da negligência na área de intervenção.

Paralelamente ao projeto, os locais de estágio permitiram a minha participação em várias

atividades que enriqueceram as minhas competências. Com a USP, pude participar na vigilância de saúde ambiental; na visita de denúncias de insalubridade a estabelecimentos públicos, a uma escola básica e a estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI); participei também numa vistoria no âmbito da saúde ocupacional a uma lavandaria; participei na vacinação sazonal da época 2023/2024 nas ERPI's. Permitiu-me também entender melhor os procedimentos de vigilância epidemiológica das DNO, através de uma formação fornecida pela médica responsável.

O estágio, na sua globalidade, revelou ser uma mais-valia no aperfeiçoamento de competências e elevar as práticas profissionais no âmbito da especialização. A participação nas atividades e elaboração do projeto permitiu a aquisição de saberes e aptidões, ao mesmo tempo que fortaleceu a capacidade de colaboração em equipa, estabelecimento de parcerias e contribuição efetiva para a promoção da saúde nas comunidades.

Geograficamente, as duas unidades estão situadas no mesmo edifício, o que facilitou a ligação entre os dois contextos, onde cada orientadora teve em consideração as atividades existentes, e se eu poderia ou não participar nas mesmas, independentemente do contexto em que eu estivesse inserida. É sem dúvida uma vantagem, uma vez que nunca me limitou e me permitiu abraçar mais experiências, quando se olha para um todo.

Assim, ao longo do estágio, consegui trabalhar de forma abrangente todas as competências necessárias para alcançar esta especialidade, consolidando o meu percurso profissional e preparando-me para os desafios futuros.

Tudo aquilo que foi abordado, foram sem dúvida experiências que me enriqueceram tanto a nível profissional como pessoal.

## 5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Neste estágio, o foco primordial residia na concretização de um projeto fundamentado no Planeamento em Saúde, visando alcançar os objetivos delineados para a obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública, conforme as diretrizes estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O caminho percorrido revelou-se essencial na aplicação prática e no aperfeiçoamento das competências necessárias, transcendendo a aquisição de conhecimento teórico. A experiência adquirida durante o estágio não apenas solidificou a compreensão teórica, mas também proporcionou a assimilação de competências práticas fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem numa perspetiva comunitária.

Ao realizar uma análise abrangente do estudo de caso sobre negligência intrafamiliar infantil no contexto da saúde escolar, foi possível obter uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e dos desafios enfrentados não apenas pelas crianças em situações de vulnerabilidade acrescida, mas também pelo papel crucial desempenhado pelos profissionais mais próximos. Ao longo do estudo, torna-se evidente que o conceito de negligência é percebido de maneiras diferentes, mesmo quando a definição é única; essa diversidade de interpretações cria um desafio significativo. A falta de uniformidade na compreensão do conceito aumenta os casos que não são devidamente notificados, destacando a necessidade de um trabalho contínuo.

No que diz respeito à eficácia do trabalho desenvolvido, é importante reconhecer que a complexidade subjacente à temática exige uma abordagem multifacetada e contínua. Embora tenham sido atingidos os objetivos delineados no projeto, é crucial manter um esforço constante para avaliar e ajustar as intervenções em conformidade com as necessidades identificadas. Deste modo, considero que tanto no âmbito do projeto como no estágio, todas as metas estabelecidas foram bem-sucedidas.

Ao longo desta jornada de aprendizagem, deparei-me com algumas dificuldades na exploração da temática, destacando-se a necessidade de reduzir o estigma a ela associado, uma vez que a promoção de uma maior discussão pode propiciar o surgimento de soluções. Uma abordagem mais aberta e franca sobre o tema poderia ser uma mais-valia para a compreensão geral e para o desenvolvimento de estratégias eficazes.

Outra limitação que enfrentei foi, sem dúvida, a restrição temporal. Devido às limitações de tempo durante o estágio, não foi possível avaliar de forma abrangente o impacto obtido. Sinto, assim, dificuldade em qualificar eventuais ganhos a longo prazo. Reconheço a importância de

um período mais prolongado para compreender plenamente a eficácia das intervenções e o alcance das mudanças implementadas. Este desafio temporal destaca a necessidade de uma abordagem mais flexível e extensiva para a realização de estudos, sendo da máxima relevância a continuidade dos projetos para maximização dos resultados.

A nível pessoal, considero esta experiência extremamente enriquecedora, levando-me a refletir sobre a perspetiva da vivência do outro, de uma forma profundamente transformadora ajuizando menos e compreendendo mais os processos de vulnerabilidade e os seus contextos. A vivência modificou alguns dos meus pensamentos e comportamentos em relação a certos grupos da sociedade, constituindo-se como uma mais-valia tanto para o meu desenvolvimento pessoal como para a minha cidadania. Este novo entendimento proporciona-me a oportunidade de uma prática clínica mais ética e profissional.

Do ponto de vista profissional, comprometo-me a mobilizar as aprendizagens adquiridas ao longo desta jornada, aplicando os conhecimentos e competências nos cuidados que prestarei. Dada a minha posição e responsabilidades, tenho a intenção de incorporar estas experiências no meu local de trabalho, identificando necessidades em saúde da comunidade, planeando e implementando intervenções para a obtenção de resultados. Além disso, ambiciono desenvolver e liderar projetos nesta área, contribuindo para a promoção de uma maior consciência e compreensão sobre questões de saúde relevantes na comunidade.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Alves, L. S. (2020). A Negligência: Crianças com Menos de Dois Anos de Idade [Master's Thesis, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE.

Amann, G. P., Monteiro, H., Leal, P., Brito, A. S., André, C., Pinto, F., Alves, G. C. & Guarda, L. (2015). Programa nacional de saúde escolar 2015. Direção-Geral da Saúde. https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Quarteto Editora.

Bullock, L., Stanyon, M., Glaser, D., & Chou, S. (2019). Identifying and Responding to Child Neglect: Exploring the Professional Experiences of Primary School Teachers and Family Support Workers. Child Abuse Review, 28(3), 209–224. https://doi.org/10.1002/car.2558

Câmara Municipal de ******* [CMG]. (2023). Rede escolar – portal da educação de *********. https://educacao.cm**********.pt/rede-escolar

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Social Determinants of Health at CDC. https://www.cdc.gov/about/sdoh/index.html

Chen, L., Hong, J., Xiong, D., Zhang, L., Li, Y., Huang, S., & Hua, F. (2020). Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. BMC Oral Health, 20(1), 203. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32652985/

Chu, A. T., Pineda, A. S., DePrince, A. P., & Freyd, J. J. (2011). Vulnerability and protective factors for child abuse and maltreatment. Em J. W. White, M. P. Koss, & A. E. Kazdin (Eds.), Violence against women and children, Vol 1: Mapping the terrain. (pp. 55–75). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/12307-003

CNPDPCJ. (2023a). Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. Obtido de https://www.cnpdpcj.gov.pt/

CNPDPCJ. (2023b). Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2022. https://www.cnpdpcj.gov.pt/

Costa, F. C. B. (2020). Perspetiva sobre os Maus-Tratos a Crianças e Jovens – Um Estudo de Psicologia Forense [Master's Thesis, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório da Universidade Lusófona.

Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How

neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. Child Abuse & Neglect, 31(11), 1117–1142. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023

Despacho nº 31292/2008 do Ministério da Saúde. (5 de dezembro de 2008). Diário da República - 2.ª Série, Nº 236.

Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: I série, nº 38, 1182-1189. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf

Decreto-Lei n.º 75/2008 do Ministério da Educação. (2008). Diário da República: I série, n.º 79,

2341-2356. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/04/07900/0234102356.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano nacional de saúde 2030 - saúde sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde.

https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023). Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem. https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/

Evgeun, D., & Sümen, A. (2021). Childhood abuse, neglect, codependency, and affecting factors in nursing and child development students. Wiley, 58, 1357-1371. https://doi.org/10.1111/ppc.12938

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação. Lusociência.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). Censos 2021 por concelho e regiões: evolução 1960-2021. https://www.pordata.pt/censos/quadro-resumo-municipios-e-regioes/*********

Granrud, M. D., Sandsdalen, T., Anderzén-Carlsson, A., & Steffenak, A. K. M. (2022). Public health nurses' experiences working with children who are next of kin: A qualitative study. BMC Health Services Research, 22(1), 1427. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08841-2

Gomes, A. (2018). Maus tratos: A negligência parental e a Proteção Social dos Menores [Master's Thesis, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório da Universidade Fernando Pessoa.

Honda, C., Yoshioka-Maeda, K., & Iwasaki-Motegi, R. (2020). Child abuse and neglect prevention by public health nurses during the COVID-19 pandemic in Japan. Journal of Advanced Nursing, 76(11), 2792–2793. https://doi.org/10.1111/jan.14526

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. (3ª Ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Jack, S., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Borek, N., . . . Waddell, h. (2021). Public Health Nurses' Professional Practices to Prevent, Recognize, and Respond to Suspected Child Maltreatment in Home Visiting: An Interpretive Descriptive Study. Global Qualitative Nursing Reserach, 8, 1-15. https://doi.org/10.1177/2333393621993450

Johnson-Motoyama, M., Moon, D., Rolock, N., Crampton, D., Nichols, C., Haran, H., . . . Sillaman, N. (2022). Social Determinants of Health and Child Maltreatment Prevention: The Family Success Network Pilot. Public Health, 19, 15386. https://doi.org/10.3390/ijerph192215386

Lei nº142/2015 - Lei Proteção Crianças e Jovens em Perigo. (2015). Diário da República: Série I nº175/2015.

Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse and Neglect, and Does it Make a Difference? A Scoping Review. Journal of Pediatric Nursing https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010

Lopes, R. & Tocantins, F. R. (2012). Promoção da saúde e a educação crítica. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 16(40). 235-246. //www.scielo.br/j/icse/a/6dR6MvCvyHKBkzbYJnFY9jb/?format=pdf&lang=pt

Lusquinhos, L. & Carvalho, G. S. (2018). Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar - do saber ao fazer. Estudos da Criança: Diversidade de olhares, 237-24. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/58390/1/EtudosCrianca-PromSaudeEscola.pdf

Manuel, E. B. C. (2019). Criança em Idade Escolar e Violência Parental.

Mamadhussene, S. M. (2020). Projeto de Intervenção Comunitária - Ponto de Encontro de Acesso à Saúde [Master's Thesis, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP.

Matone, M., Kellom, K., Griffis, H., Quarshie, W., Faerber, J., Gierlach, P., . . . Cronholm, P. (2018). A Mixed Methods Evaluation of Early Childhood Abuse Prevention Within Evidence-Based Home Visiting Programs. Maternal and Child Health Journal, 22, S79-S91. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2530-1

Matto, & Shubayr. (2020). Association Between Parental Negligence in Feeding and Social Activity of Obese Adults Among Jazan Population. Nigerian Journal of Clinical Practice, 23, 56-67. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_553_19

Meleis, A. H. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing

research and practice. Springer Publishing Company

Midtsund, A., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in

primary care settings. John Wiley & Sons, 00, 1-12. https://doi.org/10.1111/jan.15761

Ministério da Saúde. (2022). Morbilidades nos Cuidados de Saúde Primários. https://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/morbiliddes/morbilidades-csp/

Moura, L. N., Camponogra, S., Santos, J. L. G., Gaparino, R. C., Silva, R. M. & Freitas, E. O. (2020). Empoderamento estrutural dos enfermeiros no ambiente hospitalar. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28. 1-10. https://www.scielo.br/j/rlae/a/5y3J9vZprQzGCpVB8pypjGf/?format=pdf&lang=pt

Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., & Fracolli, L. (2008). A Utilização do Conceito "Vulnerabilidade" Pela Enfermagem. Latino-am Enfermagem, 16(5). www.eerp.usp.br/rlae

Nunes, P. (2021). Negligência Infantil E Seu Impacto No Desenvolvimento Psicossossial. Faculdade UNA de Catalão.

Organização Mundial de Saúde. (1987). Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion

Organização Mundial de Saúde. (2008). Health promotion. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1

Pereira, T. F. S., Pereira, C., & Santos, D. (2020). O Impacto da Negligência Parental no desenvolvimento académico das crianças do 1o e 3o ciclo de escolaridade: Um estudo de caso.

Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II Série, n.º 35. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, Nº 26. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, Nº 135. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitária-e-de-saúde-pública.pdf

Reis, D., Ribeiro, M., Couto, I., Maia, N., Bonavides, D., Botelho, A., . . . Oliveira, I. (2022). Correlations between childhood maltreatment and anxiety and depressive symptoms and risk behaviors in school adolescents. Trends Psychiatry Psychothe, 22, 40-61. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0456

Reis, M., Castro, A. F., Lima, A. I., Ramalhão, C., Lima, J. & Barbosa, S. (2017). Programa de Saúde Escolar do ACES de ******* 2017-2020

Ross, A., Traube, D., & Cederbaum, J. (2022). Applying the Social Work Health Impact Model to Child Maltreatment: Implications for Social Work Education. Routledge, 58(3), 537-549 https://doi.org/10.1080/10437797.2021.1895935

Rozanski, S., Schmidt, A., John, A., & Gaysina, D. (2021). Childhood neglect and trajectories of affective symptoms throughout adulthood: A British birth cohort study. Journal of Affective Disorders, 295, 416–421. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.021

Santos, C. (2021). Centro Interpretativo Casa do Ourives de ******** [Master's Thesis Instituto Politécnico do Porto]. Repositório IPP.

Santos, M. (2022). O Papel das Escolas em Caso de Maus-Tratos Intrafamiliar Contra Crianças [Master's Thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do ISPA.

Silva, D. I. D., Maftum, M. A., & Mazza, V. D. A. (2014). Vulnerability in child development: Influence of weak family bonds, substance abuse and domestic violence. Texto & Contexto - Enfermagem, 23(4), 1087–1094. https://doi.org/10.1590/0104-07072014001700013

Siqueira, A. C., Tubino, C. de L., Schwarz, C., & Dalbosco, D. (2009). Percepção das figuras parentais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61(1).

Sousa, J. (2022). A Vulnerabilidade Acrescida em Saúde Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Souza, J., Rodrigues, A., Leite, M., Moraes, C., Freitas, P., & Sawada, N. (2022). The Perfomance Of Nurses In The Family Health Strategy For Children Suffering Maltreatment: An Integrative Review. Cuidado é fundamental, 14, 11360. https://doi.org/10.9789/2175-5361

Stafford, C. (2019). Helping schools support children living with domestic abuse. British Journal of School Nursing, 14(1). https://doi.org/144.173.006.094

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde

Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. (2.ª Ed.). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Ministério da Saúde.

World Health Organization. (2015). World Health Organization: Investing in children: The European child maltreatment prevention action plan 2015–2020. https://apps.who.int/iris/handle/10665/ 350142

# 7. ANEXOS

## Anexo I

## Anexo I - Questionário de Negligência Infantil Intrafamiliar

*O presente questionário surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a coordenação da Professora Doutora Margarida Abreu. Este questionário é dirigido a vários grupos profissionais que contactam diariamente com crianças, na área da educação (comunidade educativa), e da saúde, (médicos e enfermeiros). Integra-se num projeto que tem como principais objetivos: sensibilizar para a identificação de situações de risco de negligência parental; identificar formas de atuação perante uma criança negligenciada; identificar possíveis constrangimentos na notificação de situações de negligência.*

*O questionário é voluntário, e as suas respostas anónimas. Para este estudo, apenas são solicitados os dados de caraterização para o tratamento da informação recolhida. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente.*

### Consentimento Informado

Concorda com a sua participação no estudo preenchendo o questionário nas condições anteriormente referidas?

☐ Sim, concordo em participar.

☐ Não concordo em participar.

Porto, 2023

**Questionário de Negligência Infantil Intrafamiliar**

1. **Caracterização Sociodemográfica**

**Idade**

_____ anos completos

**Sexo**

Masculino ☐

Feminino ☐

**Estado Civil**

Solteiro/a ☐

Casado/a ou União de facto ☐

Divorciado/a ☐

Viúvo/a ☐

**Filhos**

Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantos? _____

**Habilitações Literárias**

1º Ciclo do Ensino Básico ☐ Bacharelato em _____

2º Ciclo do Ensino Básico ☐ Licenciatura em _____

3º Ciclo do Ensino Básico ☐ Mestrado em _____

Ensino Secundário ☐ Doutoramento em _____

Outro _____

**Experiência Profissional:**

Área da Saúde ☐ Área da Educação ☐

Categoria Profissional: _____

Número de anos completos de experiência no trabalho com crianças: _____

## 2. Identificação da Negligência

(baseado em Rajado, 2012)

**Instruções**

Segue-se um conjunto de afirmações referentes a situações que envolvem diretamente crianças e que são suscetíveis de se repercutir no seu bem-estar e afetar o seu desenvolvimento. Pretende-se que qualifique cada uma quanto ao seu carácter, assinalando com uma cruz na coluna que corresponde à sua opção, entre três possíveis:

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

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

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

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

| **Situação** | **Não é** uma situação de negligência | **É** uma situação de negligência | **Poderá ser ou não** uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores |
|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |

Para cada situação, assinale uma resposta. Quando optar pela coluna 3 "poderá ser ou não…" assinale apenas o que considera mais importante. Registe sempre a opção que lhe pareça mais adequada.

| **Situação** | **Não é** uma situação de negligência | **É** uma situação de negligência | **Poderá ser ou não** uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores |
|---|---|---|---|
| Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |
| Os pais de uma criança não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |
| Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |

| **Situação** | **Não é** uma situação de negligência | **É** uma situação de negligência | **Poderá ser ou não** uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores |
|---|---|---|---|
| Os pais de uma criança não criam as condições necessárias ao cumprimento das prescrições médicas que visam a resolução de um problema de saúde do filho/a. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |
| Os pais de uma criança consentem que coma pouco, que ingira alimentos prejudiciais ou que não faça as devidas refeições por dia, tendo em conta a sua idade e condição física. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |
| Uma criança é deixada sozinha ou sem supervisão adequada em circunstâncias ou situações que requerem um nível de maturidade superior. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |

| **Situação** | **Não é** uma situação de negligência | **É** uma situação de negligência | **Poderá ser ou não** uma situação de negligência dependendo da consideração de vários fatores |
|---|---|---|---|
| Uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender. | ☐ | ☐ | • A consciência que os pais têm das eventuais consequências do seu comportamento/atitude ☐<br>• As condições socioeconómicas dos pais ☐<br>• A frequência, duração ou severidade da situação ☐<br>• As consequências sofridas pela criança como resultado do comportamento/atitude dos pais ☐ |

2. Ao longo da sua atividade profissional já observou casos de negligência a crianças/jovens?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

2.1. Se sim, notificou essa situação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

3. Se identificou ou identificasse uma criança vítima de negligência, como procederia?

☐ Denunciava a uma entidade responsável;

☐ Tentava conversar com os cuidadores da criança/jovem;

☐ Tentava conversar com os cuidadores da criança/jovem e, denunciava o caso a uma entidade responsável;

☐ Não tomaria qualquer atitude.

☐ Outra _____

3.1. Caso tenha assinalado alguma opção de denuncia, qual seria a entidade responsável?

*Nesta questão poderá optar por mais do que uma resposta.*

☐ Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco;

☐ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

☐ Tribunais;

☐ Forças Policiais;

☐ Outra. Qual? _____

3.2. Caso tenha colocado a opção "Não tomaria qualquer atitude", explique a razão.

Nesta questão poderá optar por mais do que uma resposta.

☐ Falta de informação na área;

☐ Falta de confiança no diagnóstico;

☐ Receio de enfrentar os cuidadores da criança/jovem;

☐ Outra. Qual? _____

4. Considera que, enquanto profissional de saúde/educação, é essencial na identificação de casos de negligência a crianças/jovens?

☐ Sim ☐ Não

5. Considera esta temática importante no seu exercício profissional?

☐ Sim ☐ Não

6. Numa possível formação sobre este assunto, que temáticas gostaria que fossem abordadas?

_____
_____
_____
_____

**Muito obrigada pela colaboração!**

## Anexo II

## Anexo II - Caracterização da Amostra

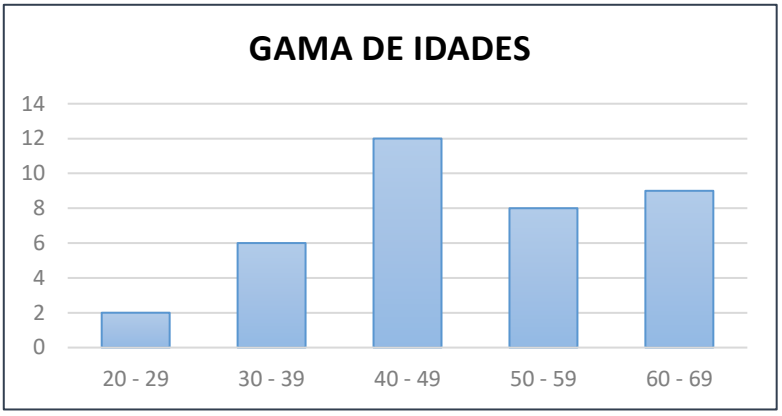



Tabela 1 – Gama de Idades

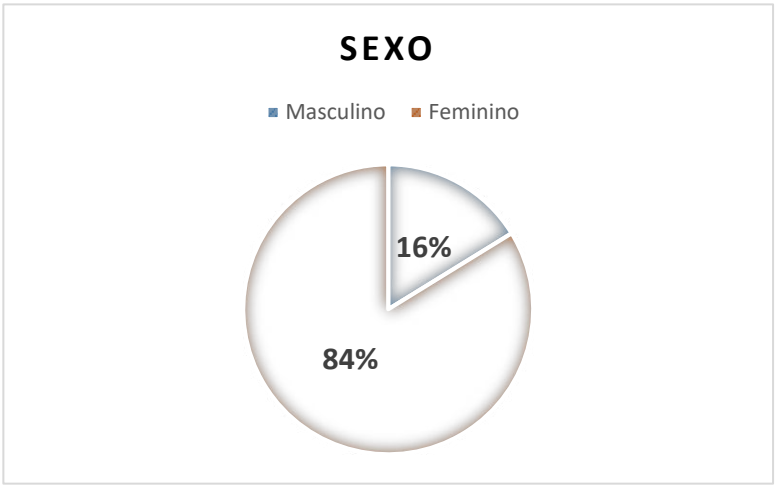



Tabela 2 – Sexo

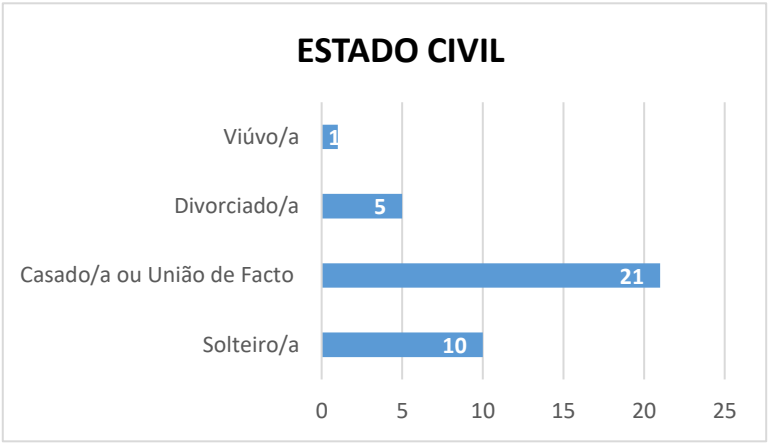



Tabela 3 – Estado Civil

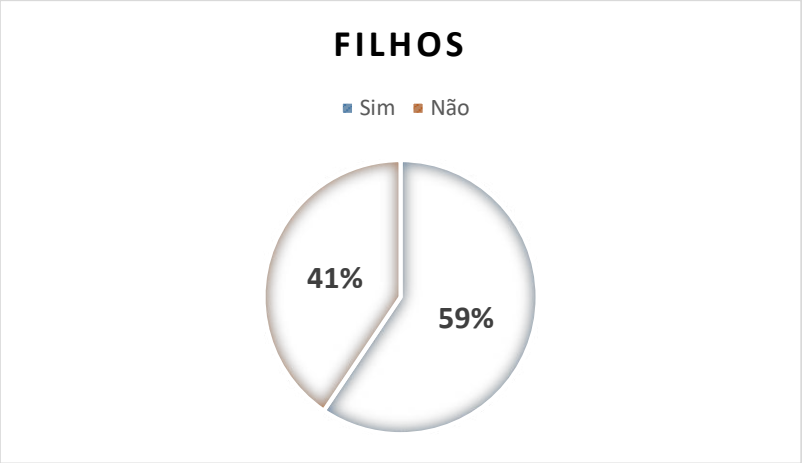



Tabela 4 – Filhos

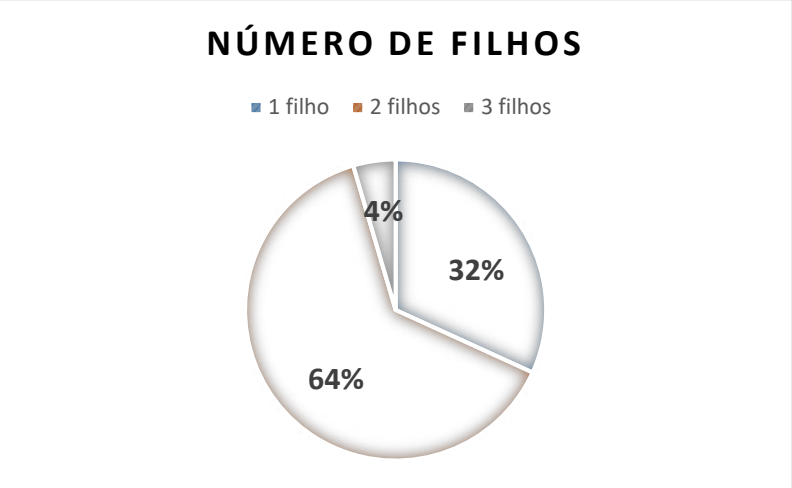



Tabela 5 – Número de filhos

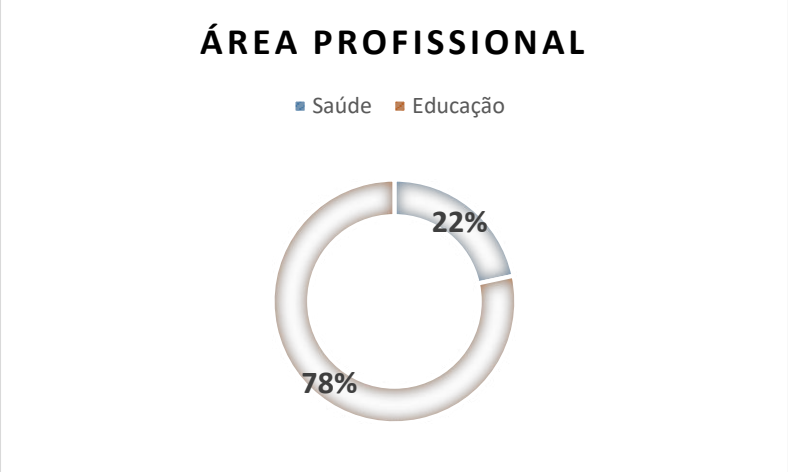



Tabela 6 – Área Profissional

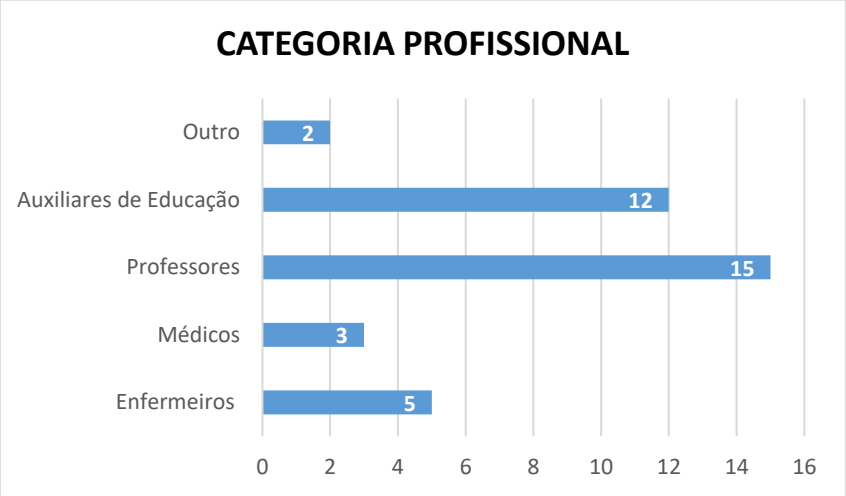



Tabela 7 – Categoria Profissional

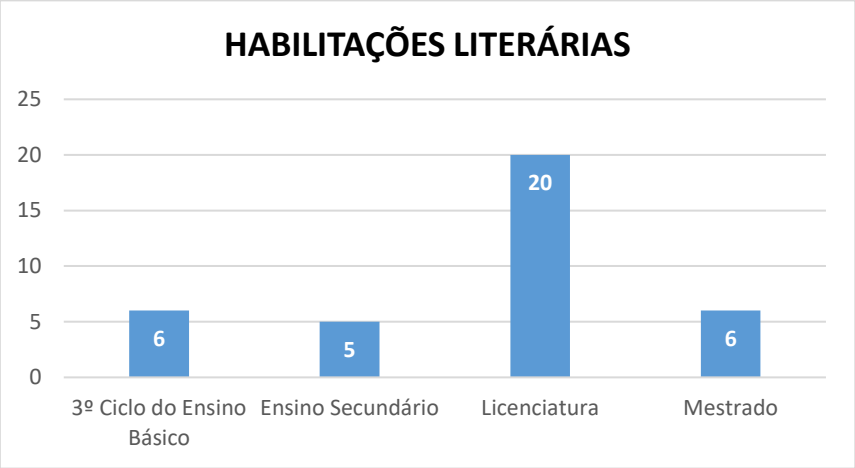



Tabela 8 – Habilitações Literárias

## Anexo III

## Anexo III - Apresentação de Resultados

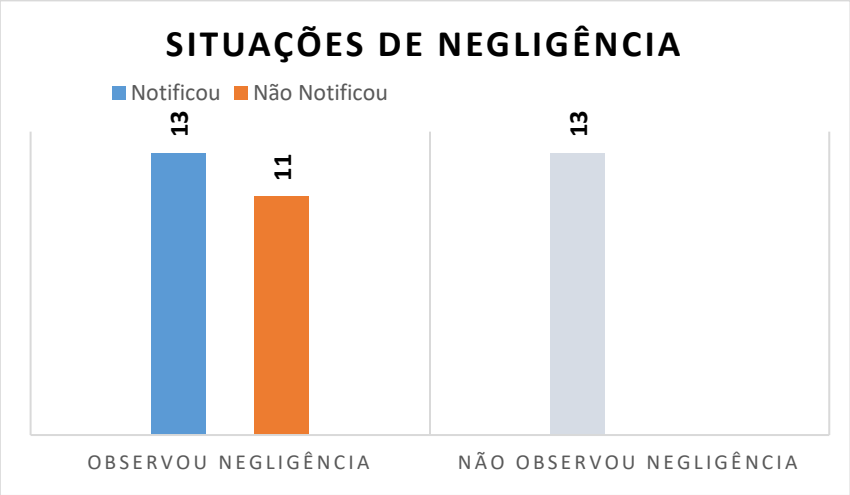



Tabela 9 – Situações de Negligência

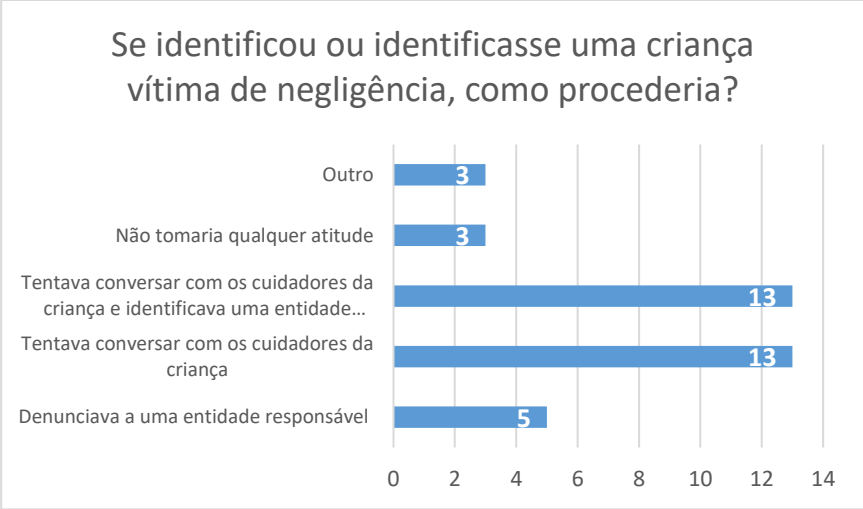



Tabela 10 – Se identificou ou identificasse uma criança vítima de negligência, como procederia?

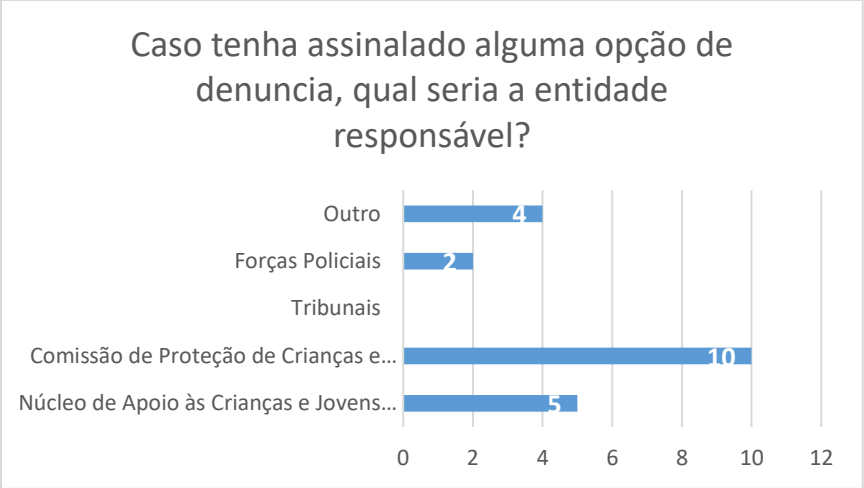



Tabela 11 – Caso tenha assinalado alguma opção de denuncia, qual seria a entidade responsável?

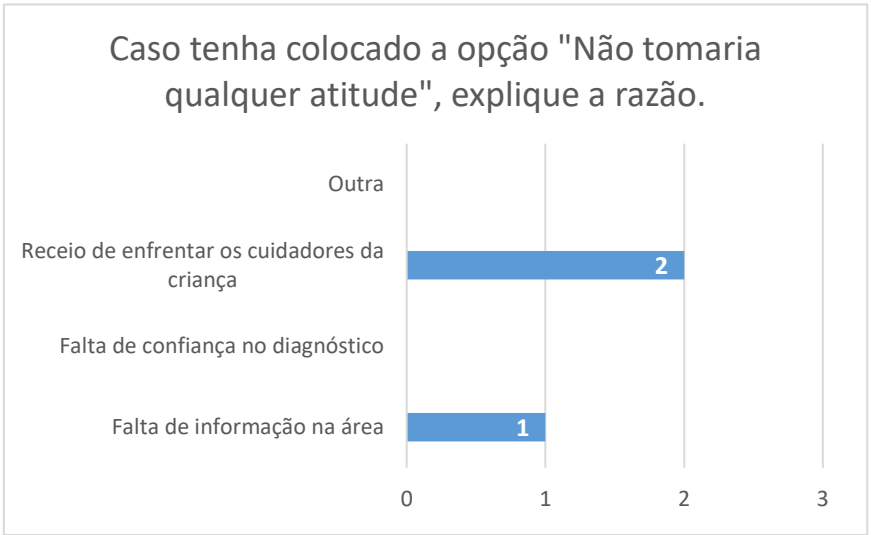



Tabela 12 – Caso tenha colocado a opção "Não tomaria qualquer atitude", explique a razão.

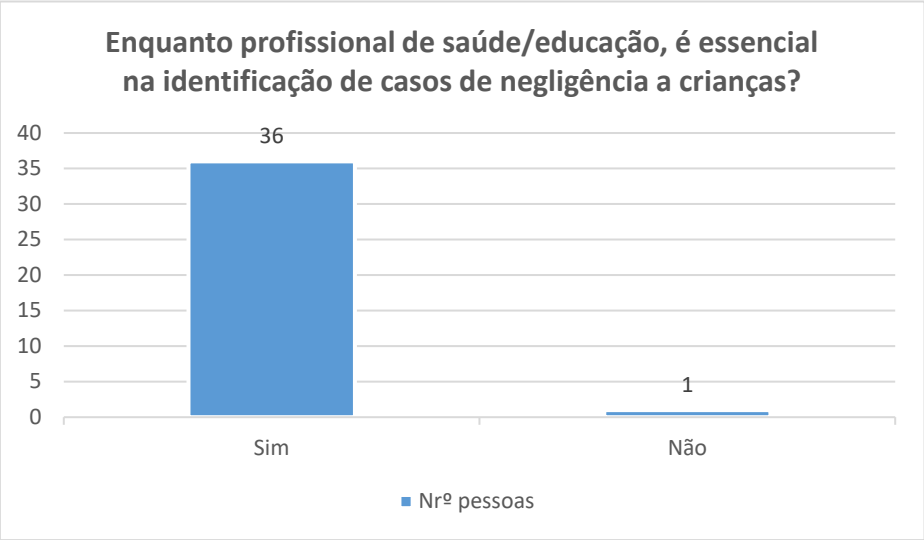



Tabela 13 – Enquanto profissional de saúde/educação, é essencial na identificação de casos de negligência a crianças?

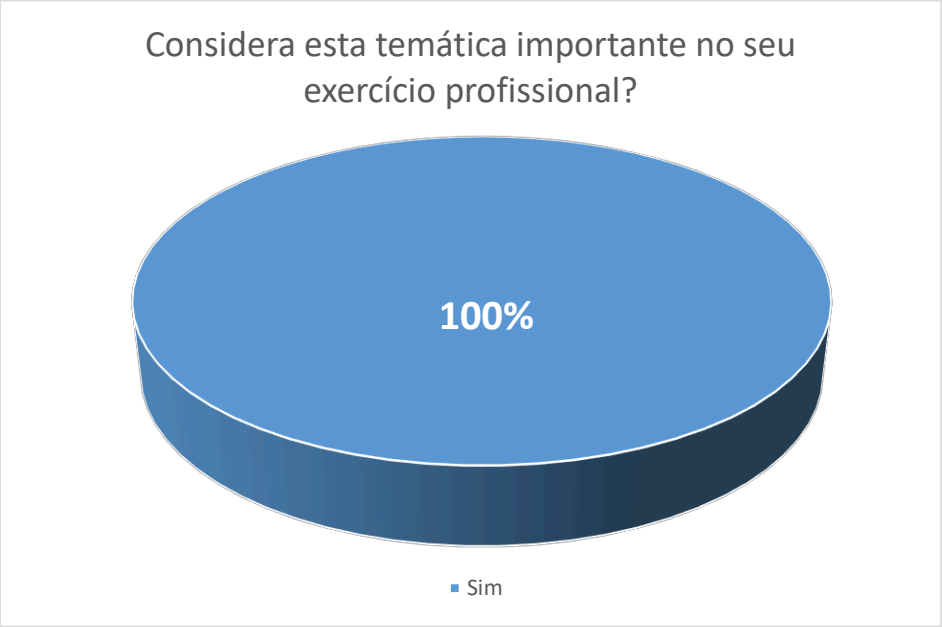



Tabela 14 – Considera esta temática importante no seu exercício profissional?

## Anexo IV

## Anexo IV – Método de Hanlon

| Necessidade Identificada | Amplitude (A) 0 a 10 | Gravidade (B) 0 a 10 | Eficácia (C) 0.5 a 1.5 | Exequibilidade (D) 1 ou 0 (s/n) | Fórmula (A+B)xCxD | Prioridade |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13% dos profissionais da educação associaram os fatores socioeconómicos às situações de negligência | 9 | 8 | 1 | 1 | 17 | 3 |
| 87% dos participantes não detém conhecimento sobre o NACJR, 100% destes da área educativa | 9 | 8 | 1,5 | 1 | 25.5 | 1 |
| 8% não tomaria nenhuma atitude por falta de conhecimento e por receio dos cuidadores da criança | 7 | 7 | 0,5 | 0 | 0 | 5 |
| 56% dos participantes que denunciariam a uma entidade dirigir-se-iam diretamente à CPCJ | 8 | 6 | 0,5 | 1 | 7 | 4 |
| 46% dos participantes não denunciou um caso quando o identificou | 10 | 9 | 1 | 1 | 19 | 2 |

## Anexo V

**Anexo V – Cronograma de Atividades**

| **Atividades** | 02/2023 | 03/2023 | 04/2023 | 05/2023 | 06/2023 | | 09/2023 | 10/2023 | 11/2023 | 12/2023 | 01/2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vigilância Epidemiológica | | | | | | | | | | | |
| Revisão Bibliográfica | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico da Situação | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados | | | | | | | | | | | |
| Colheita de Dados | | | | | | | | | | | |
| Definição de Prioridades | | | | | | | | | | | |
| Fixação de Objetivos | | | | | | | | | | | |
| Seleção de Estratégias | | | | | | | | | | | |
| Recursos | | | | | | | | | | | |
| Preparação da Execução e da Avaliação | | | | | | | | | | | |
| Execução | | | | | | | | | | | |
| Avaliação | | | | | | | | | | | |
| Resultados | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório | | | | | | | | | | | |

## Anexo VI

**Anexo VI – Logótipo**

## Anexo VII

## Anexo VII – Análise SWOT

| | Fatores Positivos | Fatores Negativos |
|---|---|---|
| | **Strengths (S)** | **Weaknesses (W)** |
| **Fatores Internos** | • Existência de evidência científica que suporta o projeto;<br>• Disponibilidade da tutora de estágio, orientadora e coorientadora de projeto para apoiar o projeto;<br>• Amostra do projeto interessada na temática;<br>• Motivação pessoal. | • Descontrolo sobre acessibilidade à amostra;<br>• Tempo limitado para desenvolver todas as atividades. |
| | **Opportunities (O)** | **Threats (T)** |
| **Fatores Externos** | • Reduzir o número de casos de crianças negligenciadas;<br>• Maior controlo e apoio às crianças;<br>• Aumentar o conhecimento dos profissionais envolvidos. | • Receio de enfrentar os cuidadores das crianças. |

## Anexo VIII

**Anexo VIII - Plano de Sessão 1**

**Conhecer, Compreender, Agir: Negligência Intrafamiliar na Infância**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Local: Online – Via Plataforma Teams** | **Data:** 07/12/2023 | **População-alvo:** Comunidade educativa e não educativa dos jardins de infância e escolas do 1º ciclo do ensino básico no ano letivo 2023/2024 | **Hora:** 18h | **Duração:** 60min |
| **Objetivo Geral:** Promover o conhecimento da comunidade sobre negligência e formas de atuação e notificação. | | | | |
| **Objetivos Específicos:**<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre negligência;<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre as entidades responsáveis de referência em caso de negligência;<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre estratégias de abordagem e notificação em caso de negligência. | | | | |

| | **Objetivos específicos** | **Conteúdos** | **Métodos** | **Formadores** | **Recursos** | **Duração** | **Avaliação** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Introdução** | - Apresentação da dinamizadora, e do grupo;<br>- Apresentação do projeto e | - Apresentação da equipa;<br>- Apresentação da temática a abordar na sessão; | Expositivo. | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária | Computador. | 5 min. | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | respetivos objetivos;<br>- Informação do tema da sessão. | | | e de saúde pública. | | | |
| **Desenvolvimento** | Promover o conhecimento sobre negligência e formas de atuação e notificação. | - O conceito de criança e de criança em risco;<br>- O desenvolvimento humano e a importância das suas etapas;<br>- Os direitos das crianças;<br>- A Estratégia Nacional Para os direitos da criança 2021-2024;<br>- A identificação precoce;<br>- Os maus-tratos e a sua tipologia;<br>- O conceito de negligência;<br>- A tipologia, o impacto, e as causas e fatores de risco da negligência;<br>- Estratégias de prevenção;<br>- Enquadramento legislativo;<br>- Níveis de intervenção; | Expositivo. | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. | Computador. | 40 min. | - Observação direta;<br>- Interesse;<br>- Participação. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;<br>- Referenciação Interna;<br>- Objetivos de intervenção;<br>- Atitudes e postura a ter em conta perante família e criança/jovem;<br>- Contactos de referenciação. | | | | | |
| **Conclusão** | Sintetizar Conteúdos. | - Resumo dos pontos-chave da sessão;<br>- Esclarecimento de dúvidas;<br>- Avaliação da intervenção. | Expositivo e ativo | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. | Computador. | 15 min. | Questionário. |

## Anexo IX

**Anexo IX – Apresentação da Sessão – Escola**

# NEGLIGÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL

Enfª Inês Isabel Silva

*2023/2024*

MAIS APOIO MENOS NEGLIGÊNCIA

## NO ESTUDO: PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS

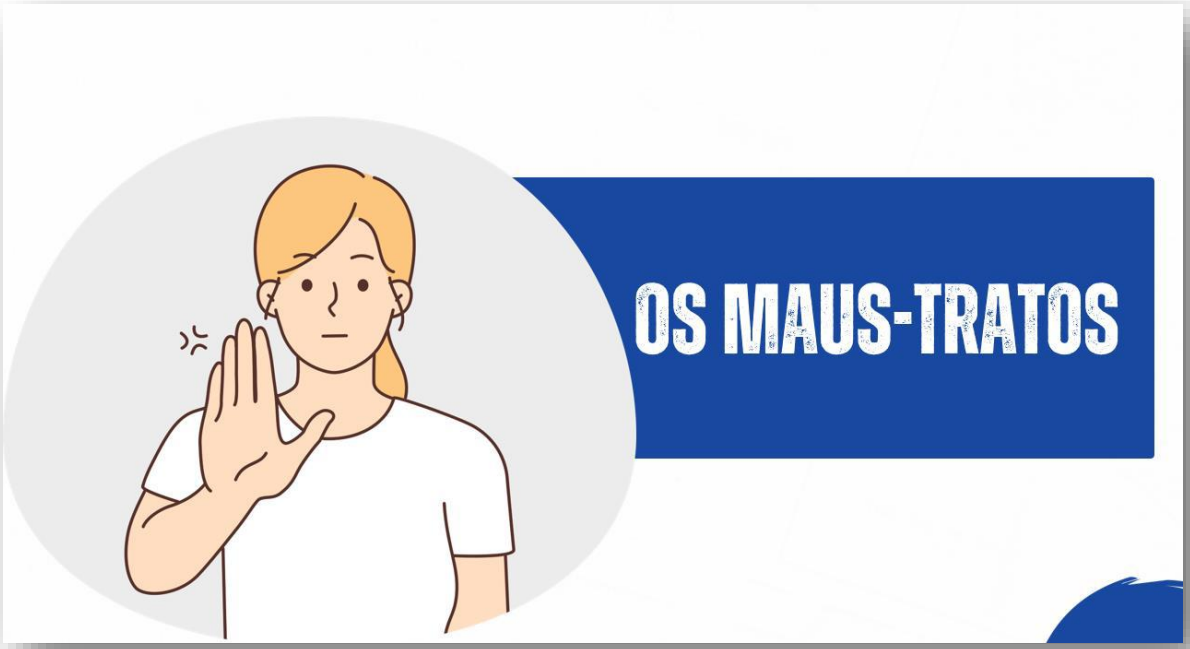
**46%** DOS PARTICIPANTES QUE OBSERVARAM CASOS DE NEGLIGÊNCIA DIZEM **NÃO TER NOTIFICADO** O CASO.

**87%** DOS PARTICIPANTES **NÃO** DETÉM CONHECIMENTO SOBRE O NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (**NACJR**).

# OBJETIVO GERAL

**Melhorar o processo de identificação e notificação** de situações de negligência, permitindo a intervenção precoce a **fim de minimizar** o número de casos com potencial para evoluir para **situações de alto risco.**

# IDENTIFICAÇÃO PRECOCE




## OS MAUS-TRATOS (OMS)

"Todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos atuais ou potenciais para a saúde da criança, e da sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder".

Afetam a saúde, o desenvolvimento físico, psicológico e social; assim como a dignidade da criança.

# OS MAUS TRATOS

## ATIVOS

CARACTERIZADOS PELA ADOÇÃO DE DETERMINADOS COMPORTAMENTOS CONTRÁRIOS OU CONFLITUANTES COM AS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA OU JOVEM.

## PASSIVOS

CARACTERIZAM-SE PELA OMISSÃO OU ALHEAMENTO POR PARTE DOS CUIDADORES PERANTE A REPOSTA ÀS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA OU JOVEM.

Segundo o Relatório Anual de Estatísticas da APAV de 2022, **as crianças** continuam a ser as principais vítimas de maus-tratos, com **2595 casos** nesse mesmo ano. Dessas crianças, **60,1% são do sexo feminino**, com uma **média de idades de 10 anos, a frequentar o 1º ciclo,** cujo autor do crime é na sua maioria os **pais.**

# TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS

### MAU-TRATO FÍSICO

*Resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.*

### MAU-TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

*Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.*

### ABUSO SEXUAL

*Corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.*

### SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

*Diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.*

# A NEGLIGÊNCIA

Entende-se por negligência a **incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas** de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados.

Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se **de forma ativa**, em que existe intenção de causar dano à vítima, **ou passiva,** quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.

# TIPOLOGIA DA NEGLIGÊNCIA

- Negligência ao Nível dos Cuidados Básicos
- Negligência ao Nível da Saúde e Cuidados Médicos
- Negligência ao Nível da Supervisão e Proteção
- Negligência ao Nível Educativo
- Negligência Emocional e Afetiva

# SERÁ UM CASO DE NEGLIGÊNCIA?

## CASO 1

Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.

Os pais de uma criança não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória.

## CASO 2

## CASO 3

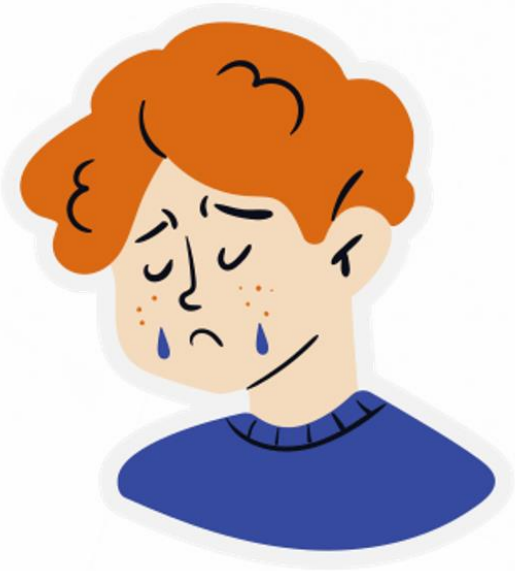
Uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender.

Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico.

## CASO 4

## O IMPACTO DA NEGLIGÊNCIA

- Saúde Física e Mental Comprometidas;
- Relações interpessoais fragilizadas;
- Problemas de Autoestima e Identidade;
- Ciclo intergeracional de negligência;
- Propensão a comportamentos de risco.



# CAUSAS E FATORES DE RISCO

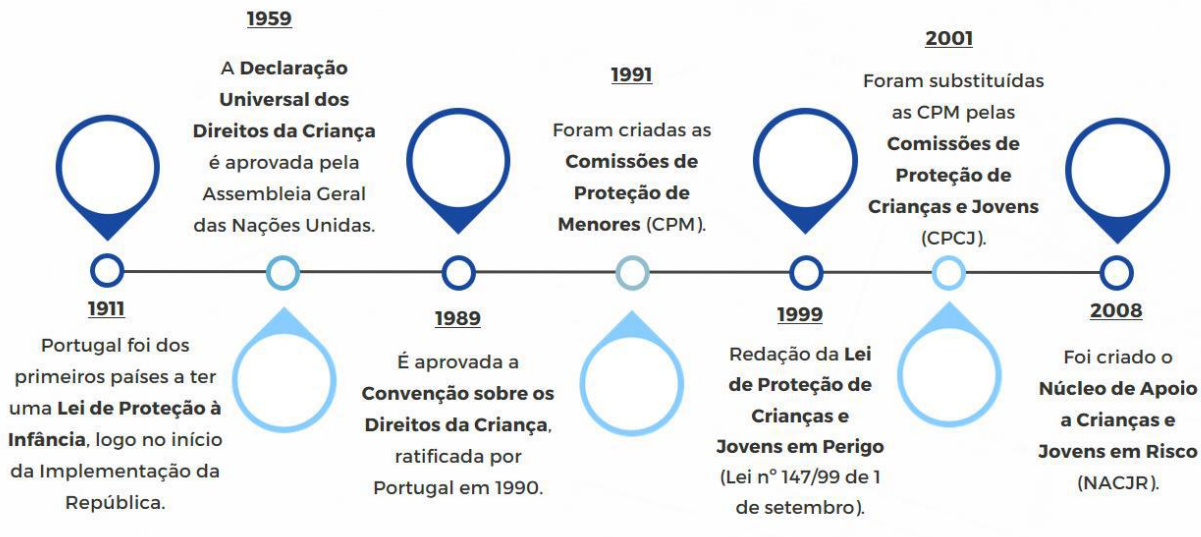
- Problemas parentais (Saúde mental ou competências parentais);
- Stress e pressões Socioeconómicas (Desemprego e instabilidade financeira);
- Isolamento social (falta de rede de apoio);
- Abuso de substâncias (dependência de drogas ou álcool);
- Violência doméstica;
- Ciclo intergeracional de negligência;
- Falta de conhecimento sobre as necessidades infantis;
- Problemas de saúde da criança (necessidades especiais).

# É NA PREVENÇÃO QUE ESTÁ O MAIOR GANHO!

- **Consciencialização e Educação -** aumento de conhecimento;
- **Identificação de sinais de risco -** comunidade capaz;
- **Sensibilização -** programas de prevenção, jogos e atividades didáticas, diálogo aberto,...
- **Colaboração e trabalho em rede -** troca de informações, partilhar recursos, ...
- **Apoio e fortalecimento familiar -** fortalecer competências e fornecer recursos;
- **Observação atenta e comunicação aberta.**

# ABORDAGEM E INTERVENÇÃO

## ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO



# SITUAÇÕES DE RISCO E DE PERIGO - NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

Ministério Público

Consentimento expresso e não oposição da criança

Consentimento da Família

# CPCJ - COMISSÕES DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

**(Lei n.º 147/99, de 1 de setembro)**

Compostas por **profissionais de diversas áreas**, como saúde, educação, segurança social, entre outras, e trabalham em conjunto para **avaliar, acompanhar e intervir em situações de risco** para crianças e jovens.

A CPCJ tem a **responsabilidade de proteger e promover** os direitos das crianças e jovens, assegurando um ambiente seguro e propício ao seu desenvolvimento integral.

Quando a CPCJ identifica uma **situação de perigo** para uma criança ou jovem, pode propor medidas de promoção dos seus direitos e interesses, que podem incluir **ações de apoio à família, acompanhamento psicossocial, colocação em instituição de acolhimento,** entre outras.

# NACJR - NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Equipa especializada, na **área da saúde**, que desempenha um papel crucial no sistema de proteção infantil em Portugal.

Oferecem **suporte técnico** especializado e atuam como elos fundamentais na **coordenação da intervenção** em casos de maus-tratos ou risco para crianças e jovens.

**Prestam consultoria** aos profissionais que lidam diretamente com essas situações, ou seja, às Entidades com Competência na Área da Infância e Juventude (ECMIJ), **desenvolvendo Planos de Intervenção e Apoio à Família (PIAF) com base nas necessidades identificadas.**

# NACJR - NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Desempenham um papel essencial na **avaliação, acompanhamento e, quando necessário, na sinalização de casos a outras entidades ou níveis de intervenção.**

Os NACJR são elementos-chave na rede de proteção infantil, fornecendo suporte técnico especializado, facilitando a comunicação e coordenação entre várias entidades, e garantindo a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens em situações de risco.

# PERANTE UM CASO DETETADO

**Atuar de acordo com os princípios da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco com critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade.**

**Não** havendo **situação de perigo** eminente mas **existindo risco** que justifique **acompanhamento continuado pelas equipas de saúde**, e **havendo oposição** a este pelos pais/cuidadores, o caso **deve ser remetido à CPCJ** da área de residência, devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando no domínio da CPCJ a oposição se mantém, a situação é remetida pela Comissão ao Tribunal de Família e Menores.

# OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

- Prevenir a ocorrência perante o risco detetado;
- Proteger a criança/jovem;
- Intervir no problema;
- Evitar a recorrência.

# A SOCIEDADE ADULTA TEM RESPONSABILIDADE TOTAL

- **Obrigação** de estar atenta às crianças que estão ao seu redor
- **Proteger** as crianças
- **Agir**
- Os **profissionais de saúde e da educação**, devem atuar, na dúvida, por defeito
- **Refletir** periodicamente (ações de sensibilização)

# COM AS FAMÍLIAS:

- **Confidencialidade;**
- **Não** fazer **juízos** de valor;
- **Escuta ativa,** dar suporte, valorizar competências;
- **Responsabilizar.**

# NO TESTEMUNHO DA CRIANÇA:

- Transmitir **confiança, orientar e proteger;**
- **Denunciar** o perpetuador do mau trato;
- Utilizar **linguagem simples**;
- Mostrar-se **disponível** para a criança/jovem.

**ENQUANTO ADULTOS TODOS NÓS TEMOS UMA RESPONSABILIDADE DE ESTARMOS ATENTOS ÀS CRIANÇAS QUE ESTÃO AO NOSSO REDOR E DE AS PROTEGER DEVIDAMENTE.**

## Anexo X

**Anexo X – Apresentação da Sessão – USF**

# NEGLIGÊNCIA INTRAFAMILIAR INFANTIL

Enfª Inês Isabel Silva

2023/2024

## NO ESTUDO: PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS

**46%** DOS PARTICIPANTES QUE OBSERVARAM CASOS DE NEGLIGÊNCIA DIZEM **NÃO TER NOTIFICADO** O CASO.

**87%** DOS PARTICIPANTES **NÃO** DETÉM CONHECIMENTO SOBRE O NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO **(NACJR).**

# OBJETIVO GERAL

**Melhorar o processo de identificação e notificação** de situações de negligência, permitindo a intervenção precoce a **fim de minimizar** o número de casos com potencial para evoluir para **situações de alto risco.**

# IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

## OS MAUS-TRATOS (OMS)

"Todas as formas de lesão física ou psicológica, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em danos atuais ou potenciais para a saúde da criança, e da sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder".

Afetam a saúde, o desenvolvimento físico, psicológico e social; assim como a dignidade da criança.

# OS MAUS TRATOS

## ATIVOS

CARACTERIZADOS PELA ADOÇÃO DE DETERMINADOS COMPORTAMENTOS CONTRÁRIOS OU CONFLITUANTES COM AS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA OU JOVEM.

## PASSIVOS

CARACTERIZAM-SE PELA OMISSÃO OU ALHEAMENTO POR PARTE DOS CUIDADORES PERANTE A REPOSTA ÀS NECESSIDADES FUNDAMENTAIS DA CRIANÇA OU JOVEM.

Segundo o Relatório Anual de Estatísticas da APAV de 2022, **as crianças** continuam a ser as principais vítimas de maus-tratos, com **2595 casos** nesse mesmo ano. Dessas crianças, **60,1% são do sexo feminino**, com uma **média de idades de 10 anos, a frequentar o 1º ciclo,** cujo autor do crime é na sua maioria os **pais.**

# TIPOLOGIA DOS MAUS-TRATOS

### MAU-TRATO FÍSICO

*Resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico.*

### MAU-TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

*Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem.*

### ABUSO SEXUAL

*Corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha.*

### SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

*Diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes.*

# A NEGLIGÊNCIA

Entende-se por negligência a **incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas** de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados.

Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se **de forma ativa,** em que existe intenção de causar dano à vítima, **ou passiva,** quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades.

# TIPOLOGIA DA NEGLIGÊNCIA

- Negligência ao Nível dos Cuidados Básicos
- Negligência ao Nível da Saúde e Cuidados Médicos
- Negligência ao Nível da Supervisão e Proteção
- Negligência ao Nível Educativo
- Negligência Emocional e Afetiva

# SERÁ UM CASO DE NEGLIGÊNCIA?

## CASO 1

Os pais de uma criança não asseguram as condições mínimas de higiene, conforto e segurança da habitação em que vivem.

Os pais de uma criança não criam condições para que esta concretize a escolaridade obrigatória.

## CASO 2

## CASO 3

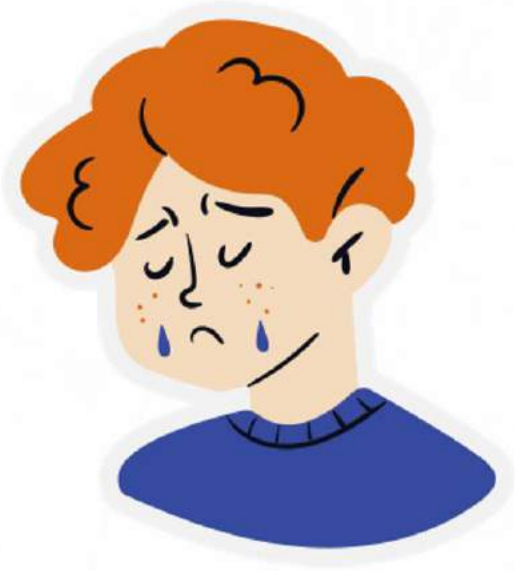
Uma mãe ou pai que parece relativamente indiferente às tentativas de interação iniciadas pelo filho/a, não se mostrando responsiva, nem emocionalmente disponível para o/a atender.

Os pais de uma criança que tem problemas emocionais e de comportamento não lhe proporcionam apoio terapêutico.

## CASO 4

## O IMPACTO DA NEGLIGÊNCIA

- Saúde Física e Mental Comprometidas;
- Relações interpessoais fragilizadas;
- Problemas de Autoestima e Identidade;
- Ciclo intergeracional de negligência;
- Propensão a comportamentos de risco.



# CAUSAS E FATORES DE RISCO

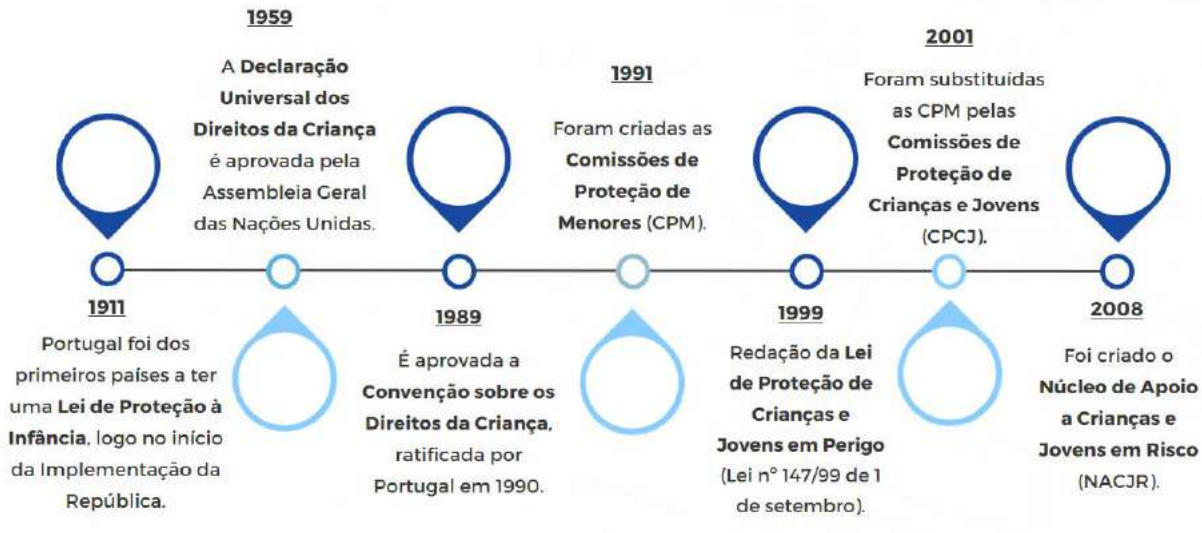
- Problemas parentais (Saúde mental ou competências parentais);
- Stress e pressões Socioeconómicas (Desemprego e instabilidade financeira);
- Isolamento social (falta de rede de apoio);
- Abuso de substâncias (dependência de drogas ou álcool);
- Violência doméstica;
- Ciclo intergeracional de negligência;
- Falta de conhecimento sobre as necessidades infantis;
- Problemas de saúde da criança (necessidades especiais).

# É NA PREVENÇÃO QUE ESTÁ O MAIOR GANHO!

- **Consciencialização e Educação -** aumento de conhecimento;
- **Identificação de sinais de risco -** comunidade capaz;
- **Sensibilização -** programas de prevenção, jogos e atividades didáticas, diálogo aberto,...
- **Colaboração e trabalho em rede -** troca de informações, partilhar recursos, ...
- **Apoio e fortalecimento familiar -** fortalecer competências e fornecer recursos;
- **Observação atenta e comunicação aberta.**

# ABORDAGEM E INTERVENÇÃO

## ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO



# SITUAÇÕES DE RISCO E DE PERIGO - NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

Ministério Público

Consentimento expresso e não oposição da criança

Consentimento da Família

# CPCJ - COMISSÕES DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

**(Lei n.º 147/99, de 1 de setembro)**

Compostas por **profissionais de diversas áreas**, como saúde, educação, segurança social, entre outras, e trabalham em conjunto para **avaliar, acompanhar e intervir em situações de risco** para crianças e jovens.

A CPCJ tem a **responsabilidade de proteger e promover** os direitos das crianças e jovens, assegurando um ambiente seguro e propício ao seu desenvolvimento integral.

Quando a CPCJ identifica uma **situação de perigo** para uma criança ou jovem, pode propor medidas de promoção dos seus direitos e interesses, que podem incluir **ações de apoio à família, acompanhamento psicossocial, colocação em instituição de acolhimento,** entre outras.

# NACJR - NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Equipa especializada, na **área da saúde**, que desempenha um papel crucial no sistema de proteção infantil em Portugal.

Oferecem **suporte técnico** especializado e atuam como elos fundamentais na **coordenação da intervenção** em casos de maus-tratos ou risco para crianças e jovens.

**Prestam consultoria** aos profissionais que lidam diretamente com essas situações, ou seja, às Entidades com Competência na Área da Infância e Juventude (ECMIJ), **desenvolvendo Planos de Intervenção e Apoio à Família (PIAF) com base nas necessidades identificadas.**

# NACJR - NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

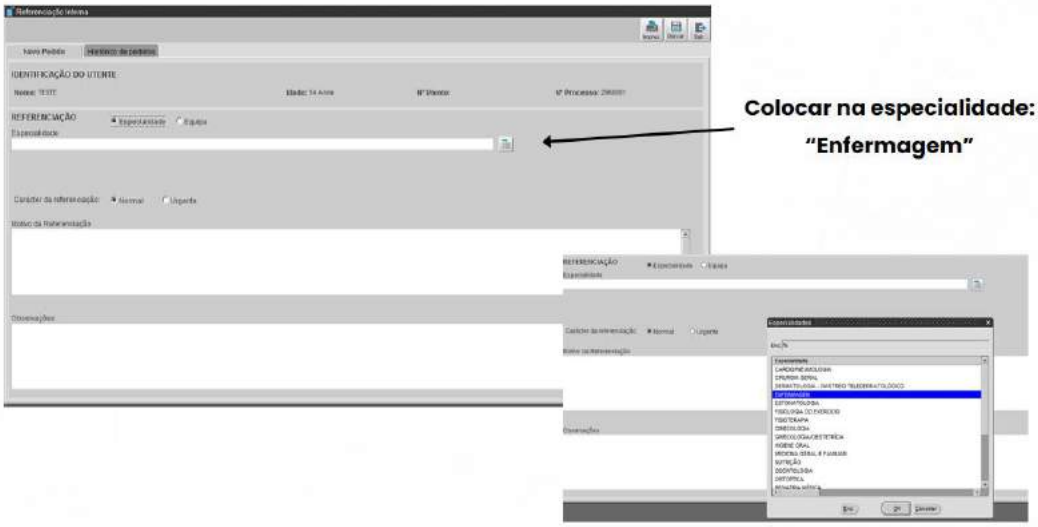
Desempenham um papel essencial na **avaliação, acompanhamento e, quando necessário, na sinalização de casos a outras entidades ou níveis de intervenção.**

Os NACJR são elementos-chave na rede de proteção infantil, fornecendo suporte técnico especializado, facilitando a comunicação e coordenação entre várias entidades, e garantindo a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens em situações de risco.

# REFERENCIAÇÃO INTERNA - SCLÍNICO

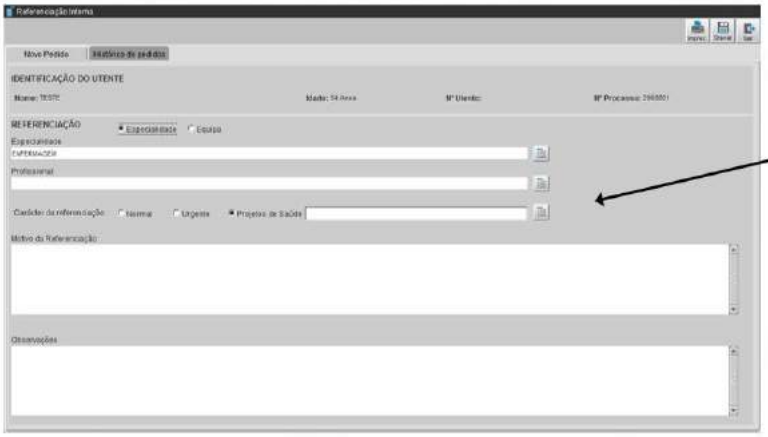
Clicar em
"Pedido"

# REFERENCIAÇÃO INTERNA - SCLÍNICO



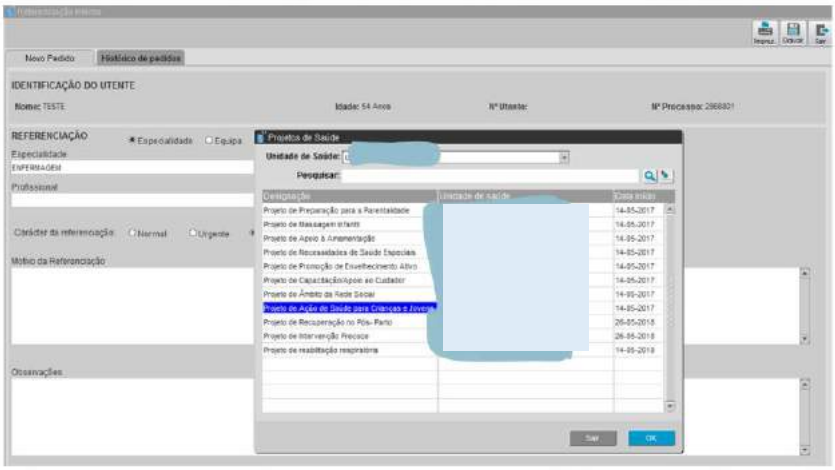

Colocar na especialidade:
"Enfermagem"

# REFERENCIAÇÃO INTERNA - SCLÍNICO

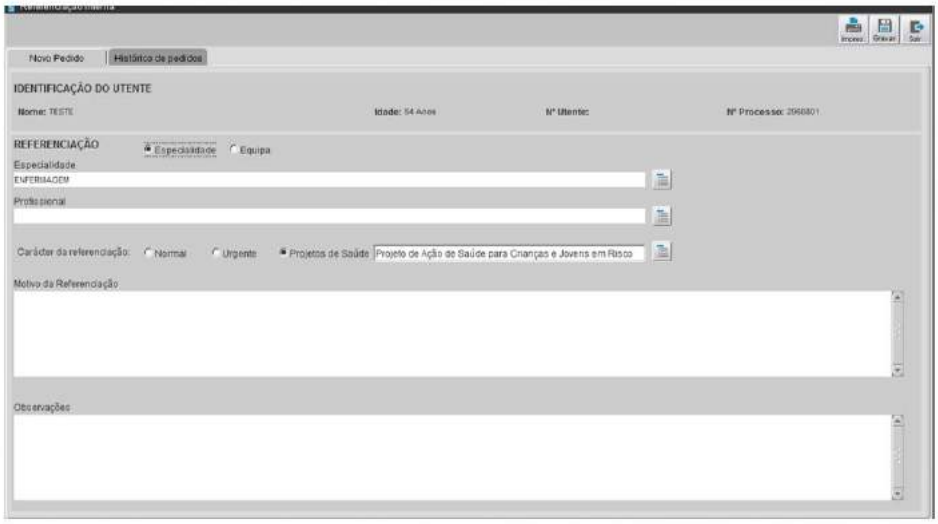



Colocar Unidade + Projeto

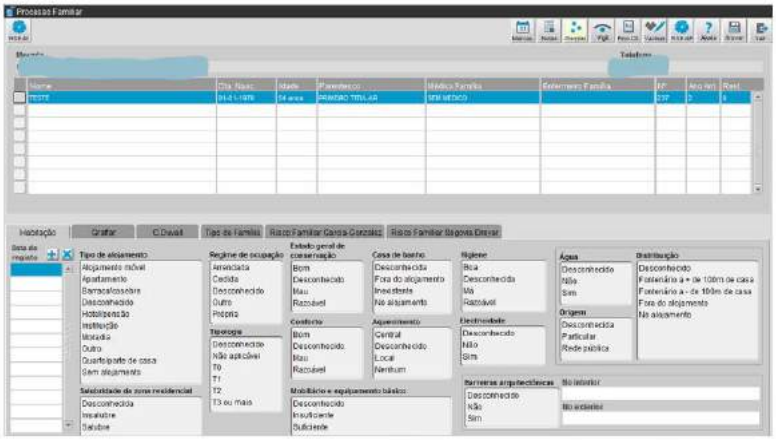
# REFERENCIAÇÃO INTERNA - SCLÍNICO



# REFERENCIAÇÃO INTERNA - SCLÍNICO




# SCLÍNICO - REFORÇO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO FAMILIAR



# PERANTE UM CASO DETETADO

**Atuar de acordo com os princípios da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco com critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade.**

**Não** havendo **situação de perigo** eminente mas **existindo risco** que justifique **acompanhamento continuado pelas equipas de saúde**, e **havendo oposição** a este pelos pais/cuidadores, o caso **deve ser remetido à CPCJ** da área de residência, devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando no domínio da CPCJ a oposição se mantém, a situação é remetida pela Comissão ao Tribunal de Família e Menores.

# OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO

- Prevenir a ocorrência perante o risco detetado;
- Proteger a criança/jovem;
- Intervir no problema;
- Evitar a recorrência.

## A SOCIEDADE ADULTA TEM RESPONSABILIDADE TOTAL

- **Obrigação** de estar atenta às crianças que estão ao seu redor
- **Proteger** as crianças
- **Agir**
- Os **profissionais de saúde e da educação**, devem atuar, na dúvida, por defeito
- **Refletir** periodicamente (ações de sensibilização)

## COM AS FAMÍLIAS:

- **Confidencialidade;**
- **Não** fazer **juízos** de valor;
- **Escuta ativa,** dar suporte, valorizar competências;
- **Responsabilizar.**

# NO TESTEMUNHO DA CRIANÇA:

- Transmitir **confiança, orientar e proteger;**
- **Denunciar** o perpetuador do mau trato;
- Utilizar **linguagem simples**;
- Mostrar-se **disponível** para a criança/jovem.

**ENQUANTO ADULTOS TODOS NÓS TEMOS UMA RESPONSABILIDADE DE ESTARMOS ATENTOS ÀS CRIANÇAS QUE ESTÃO AO NOSSO REDOR E DE AS PROTEGER DEVIDAMENTE.**

## Anexo XI

## Anexo XI - Plano de Sessão 2

### Conhecer, Compreender, Agir: Negligência Intrafamiliar na Infância

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Local:** Unidade de Saúde Familiar de Intervenção | **Data:** 05/01/2024 | **População-alvo:** Enfermeiros e Médicos com Especialidade em Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar de Intervenção | **Hora:** 13h15 | **Duração:** 60min |
| **Objetivo Geral:** Promover o conhecimento da comunidade sobre negligência e formas de atuação e notificação. | | | | |
| **Objetivos Específicos:**<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre negligência;<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre as entidades responsáveis de referência em caso de negligência;<br>• Promover o conhecimento da comunidade sobre estratégias de abordagem e notificação em caso de negligência. | | | | |

| | Objetivos específicos | Conteúdos | Métodos | Formadores | Recursos | Duração | Avaliação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Introdução** | - Apresentação da dinamizadora, e do grupo;<br>- Apresentação do projeto e | - Apresentação da equipa;<br>- Apresentação da temática a abordar na sessão; | Expositivo. | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária | Computador. | 5 min. | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | respetivos objetivos;<br>- Informação do tema da sessão. | | | e de saúde pública. | | | |
| **Desenvolvimento** | Promover o conhecimento sobre negligência e formas de atuação e notificação. | - O conceito de criança e de criança em risco;<br>- O desenvolvimento humano e a importância das suas etapas;<br>- Os direitos das crianças;<br>- A Estratégia Nacional Para os direitos da criança 2021-2024;<br>- A identificação precoce;<br>- Os maus-tratos e a sua tipologia;<br>- O conceito de negligência;<br>- A tipologia, o impacto, e as causas e fatores de risco da negligência;<br>- Estratégias de prevenção;<br>- Enquadramento legislativo;<br>- Níveis de intervenção; | Expositivo. | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. | Computador. | 40 min. | - Observação direta;<br>- Interesse;<br>- Participação. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;<br>- Referenciação Interna;<br>- Objetivos de intervenção;<br>- Atitudes e postura a ter em conta perante família e criança/jovem;<br>- Contactos de referenciação. | | | | | |
| **Conclusão** | Sintetizar Conteúdos. | - Resumo dos pontos-chave da sessão;<br>- Esclarecimento de dúvidas;<br>- Avaliação da intervenção. | Expositivo e ativo | Enfermeira mestranda em enfermagem Comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. | Computador. | 15 min. | Questionário. |