

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

O Assistente Social no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em
Risco

MARIA DA GRAÇA RIBEIRO BRAZ

Relatório/Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Coimbra, 2014



O Assistente Social no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em
Risco

MARIA DA GRAÇA RIBEIRO BRAZ

Relatório/Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Maria Rosa Tomé

Coimbra, Fevereiro de 2014

Agradecimentos

Finalizar este projeto, apenas foi possível concretizar, com o contributo e colaboração de algumas pessoas, que não poderia deixar de mencionar:

À orientadora, Professora Doutora Rosa Tomé, pela paciência, disponibilidade, partilha de conhecimentos e pela sua imprescindível orientação para a elaboração deste projeto.

Aos meus pais, pelo amor e carinho que sempre me deram, à minha irmã pelo seu apoio, e aos meus sobrinhos, que sempre se disponibilizaram para me apoiar, aos quais eu dou o meu afeto.

Aos meus amigos, e colegas de trabalho, pelos seus preciosos apoios para a elaboração deste projeto e pelas suas preciosas amizades.

Resumo

A presente dissertação de mestrado tem como objetivo analisar a implementação e funcionamento dos Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR) da Região Centro com um questionário dirigido às Assistentes Sociais que integram os mesmos.

Dos 68 NACJR existentes na Região Centro, apenas 39 têm Assistentes Sociais nas suas equipas. Dirigimos questionários aos Assistentes Sociais, sendo que obtivemos colaboração de apenas 12.

A análise da informação permitiu concluir que nestes apesar de terem uma constituição recente (1 - 3 anos), desenvolvem esforços para divulgar junto dos profissionais de saúde e comunidade a sua implementação, funcionamento e respostas a promover face aos processos de crianças e jovens em risco tentando garantir o bem-estar e o desenvolvimento integral das mesmas.

Palavras-chave: NACJR, Crianças e Jovens em Risco, Direitos da Criança

Abstract

This dissertation aims to analyze the implementation and operation of the Center for Support of Children and Young People at Risk (NACJR) in the Central Region of Portugal, with a questionnaire addressed to the Social Workers that integrate them.

Of the 68 existing NACJR in the Central Region, only 39 have Social Workers in their teams. We addressed questionnaires to these Social Workers, and we received feedback from only 12 of them.

The information analysis allowed us to determine that, despite having a recent constitution of 1 to 3 years, they have made efforts with health professionals and the community to disseminate the implementation, operation and responses to promote regarding the processes of children and young people at risk attempting to ensure their well-being and integral development.

Keywords: NACJR, Children and Youth at Risk, Child Rights

“Reconhecendo que a criança, para o desenvolvimento harmonioso,
deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade,
amor e compreensão...”

Convenção dos Direitos da Criança

Índice Geral

Agradecimentos

Resumo

Introdução 1

I – A Defesa do Superior Interesse da Criança e os seus Direitos

1 - Superior Interesse da Criança 2

2 – Os Direitos e a Criança em Risco

2.1. – Pobreza Infantil 4

2.2. - Definição e tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens 7

2.2.1. Maus-tratos ativos e passivos 7

2.2.2 – Outros tipos de maus-tratos 9

3 – Fatores de risco dos maus-tratos 10

II – O Agrupamento de Centros de Saúde e a Implementação do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

1 – Missão e Atribuições dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde 11

2 – História da Implementação do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco 12

2.1. - Constituição e funcionamento do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em

Risco 15

III – Proteção das Crianças e Jovens em Risco na Região Centro

1 – Discussão Metodológica 21

2 – Apresentação dos Resultados 21

Conclusões 28

Bibliografia 31

Anexos

Anexo I – Estrutura Orgânica de um ACES

Anexo II – Fichas de Sinalização

Anexo III – Esquema de Intervenção nos Centros de Saúde

Anexo IV – Questionário

Anexo V - Consentimento Informado

Anexo VI – NACJR constituídos na Região Centro

Índice de Quadros

Quadro 1 - Há quanto tempo foi constituído o NACJR	21
Quadro 2 - Quem integra o NACJR	22
Quadro 3 - Quantos processos deram entrada até a data?	22
Quadro 4 - Crescimento em número/gravidade?	22
Quadro 5 - Tipo de sinalização que é feito ao NACJR	23
Quadro 6 - Quais os problemas sociais identificados?	23
Quadro 7 - As sinalizações são efetuadas por:	24
Quadro 8 - Definição de PIAF	24
Quadro 9 - Elementos que colaboram na definição do PIAF	24
Quadro 10 - Os elementos reúnem regularmente?	24
Quadro 11 - Ações desenvolvidas pelo NACJR	25
Quadro 12 - Quem faz o acompanhamento das situações?	25
Quadro 13 - Área de influência do NACJR é apenas de um concelho?	25
Quadro 14 - Recebe sinalizações:	26
Quadro 15 - Os profissionais do CS conhecem os objetivos do NACJR?	26
Quadro 16 - Há quanto tempo integra o NACJR	26
Quadro 17 - Que assuntos gostaria de ver discutidos?	27

Índice de siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

CRP – Constituição da República Portuguesa

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidado de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

LPCJP – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

N(H)ACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

PIAF - Plano de Intervenção e Apoio à Família

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistências e Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

USF - Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O desenvolvimento integral e harmonioso da criança e do jovem são preocupações crescentes das sociedades atuais. A legislação nacional e as diretrizes internacionais têm desenvolvido formas legais de defesa contínua dos direitos e interesses das crianças e jovens. Tem-se criado redes de instituições para a sua efetivação, contudo, paradoxalmente a “luta” pelos direitos e interesses das crianças e jovens, nem sempre é bem-sucedida. A doença, fome, pobreza e a exclusão social são fenómenos que fazem parte da vida de uma grande parte da população infantil mundial e, em Portugal tem igualmente constituído uma violação dos seus direitos.

Foi objetivo no nosso trabalho analisar a forma como os Centros de Saúde (CS), nomeadamente os NACJR implementados nos CS, desenvolvem esforços no sentido de proteger o superior interesse e os direitos da criança. O que se pretende é questionar e analisar a implementação dos NACJR da Região Centro e como respondem, face aos processos das crianças e jovens em risco.

O presente trabalho é dividido em três capítulos, sendo que no primeiro é feita a apresentação de uma forma sucinta da evolução histórica dos direitos da criança desde a Declaração de Genebra até à Convenção dos Direitos da Criança. Analisa-se ainda sucintamente a tipologia do mau trato e a situação da pobreza infantil em Portugal.

No segundo capítulo, apresenta-se a evolução histórica resumida do “nascimento” dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de entender a evolução dos NACJR.

No terceiro e último capítulo, são analisados os resultados dos questionários efetuados aos Assistentes Sociais que integram os NACJR da Região Centro.

Por último, são apresentadas as conclusões do trabalho.

I – A Defesa do Superior Interesse da Criança e os seus Direitos

1 – Superior Interesse da Criança

Desde 1989, que tem havido uma preocupação crescente com os direitos da criança a nível internacional, nomeadamente quando a Assembleia-Geral das Nações Unidas adotou a Convenção dos Direitos da Criança, sendo estas consideradas como seres de direitos, “associadas aos seus estatutos e necessidades particulares, as crianças são seres humanos autónomos”. (Fottrel, 1999: 214)

O primeiro esforço para abordar os direitos da criança, foi com a Declaração de Genebra - Direitos da Criança da Sociedade das Nações em 1924, considera vulnerável, impotente e necessita por isso de um cuidado especial, posição esta que não foi muito alterada pela Declaração dos Direitos da Criança em 1959. (Fottrel, 1999: 215, 216) Na Base II da Declaração dos Direitos da Criança estabelecia que “A criança deve beneficiar de uma proteção especial e ver-se rodeada de possibilidades concedidas pela Lei e por outros meios, a fim de se poder desenvolver de uma maneira sã e normal no plano físico, intelectual, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.” (Manata, C. 2008: 2), sendo que o superior interesse da criança deve ser a consideração determinante.

A Convenção dos Direitos da Criança – assinada em Nova Iorque em 1990, foi o clímax no estabelecimento dos direitos da criança e jovem, nomeadamente no seu art.º 3, em que é considerada como sujeito de direito e de direitos, “Todas as decisões relativas a crianças, adotadas por instituições públicas ou privadas de proteção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o interesse superior da criança” (pág. 6). Seguindo a Convenção, esta contém princípios estruturantes que Miguel Bruñol destaca: o da não discriminação, a da afetividade, de autonomia e participação e de proteção, sendo princípios que descrevem direitos: igualdade, proteção afetiva, autonomia, liberdade de expressão, entre outros, por outras palavras, podemos referir que a Convenção trouxe a substituição do conceito tradicional de proteção para o conceito de participação, reconhecendo às crianças e jovens direitos muito semelhantes aos dos adultos, passando a criança de objeto de direito para sujeito de direito, ou seja, assenta na convicção de que cada criança é única. (Gomes, I. 2010: 35)

Na realidade, qual o conceito do superior interesse da criança?

De acordo com Paulo Delgado, o interesse superior da criança está sujeito a determinados fatores, tais como “...a época, o contexto sociocultural em que a criança se integra, a sua experiência e discernimento.” (Delgado, P. 2006: 131)

Menciona ainda, que tem que ser definido, segundo a situação em causa, tendo como variáveis de decisão os desenvolvimentos e os possíveis desfechos. A criança não pode ser excluída do processo e a sua participação é imperiosa, assim que a sua idade o permita. (Almeida, 2011:5)

São vários os autores que referem que este princípio é subjetivo e impreciso, o que o caracteriza como algo de difícil interpretação e aplicação. Contudo, primordialmente a consagração dos “direitos da criança, visam a preservação das suas ligações psicológicas profundas, nomeadamente no que concerne à continuidade das relações afetivas estruturantes e do seu interesse, tem sido, há mais de duas décadas, reconhecida com base na interpretação, sistemática das normas vigentes”. (IAC: 3)

O superior interesse da criança e do jovem é a plena satisfação dos seus direitos. O conteúdo de tal princípio são os direitos e interesses da criança ou jovem, que em cada caso são identificados. (Bruñol, s/n)

Segundo a Convenção, (pág.6) “Todas as decisões que digam respeito à criança devem ter plenamente em conta o seu interesse superior. O Estado deve garantir à criança cuidados adequados quando os pais, ou outras pessoas responsáveis por ela não tenham capacidade para o fazer”.

No sistema jurídico de Portugal, o princípio do “superior interesse da criança” é fundamental.

Na Constituição da República Portuguesa (CRP), no seu art.º 69º, assenta em medidas de proteção da criança de forma a afastar destas o perigo para a saúde, segurança, educação com vista ao seu desenvolvimento integral. “1. As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições. 2. O Estado assegura especial protecção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal”. (CRP, 2005)

Atualmente a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) prevê medidas que visam a promoção dos direitos da criança e jovem e a sua proteção, legitimando igualmente a intervenção do Estado na família. Contudo falar do “superior interesse da criança”, que por natureza, será sempre algo indefinido (IAC: 4) é enunciar através de legislação, tal como na LPCJP, o maior número de direitos da criança, compreendidos como fundamentais para o seu desenvolvimento integral. Assim, no seu art.º 4, “a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, sem prejuízo da

consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto”. (IAC: 2)

Em Portugal, é abundante a legislação referente aos direitos e interesses da criança e jovem, apontamos a CRP, temos ainda o Código Civil, a Organização Tutelar de Menores, a Lei Tutelar Educativa (Lei 166/99, de 14 de Setembro), e a LPCJP a qual surge por forma a garantir à criança e jovem, o seu bem-estar e desenvolvimento.

Em suma, o “superior interesse da criança” não alude, nem pode aludir, mais do que a satisfação dos seus direitos fundamentais. “El interés superior del niño es, siempre, la satisfacción de sus derechos y nunca se puede aducir un interés del niño superior a la vigencia afectiva de sus derechos”. (Bruñol, s/d)

2 – Os Direitos e a Criança em Risco

2.1 – Pobreza infantil

O conceito de pobreza é multifacetado e multidimensional, ameaça a criança no seu todo, no direito à sua sobrevivência, saúde e nutrição, educação, proteção e participação. Num sentido mais lato o conceito de pobreza é “uma condição humana, caracterizada pela privação persistente ou crónica de recursos, capacidades, escolhas, segurança e poder necessários para um padrão adequado de vida e para outros direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais” (Nações Unidas, 2005: 16, 17).

Segundo Bruto da Costa, a pobreza é uma “situação de privação resultante da falta de recursos, e sublinha que a privação e falta de recursos, são termos entre os quais existe uma relação de causa efeito”. A privação é o lado mais visível da pobreza como, a falta de vestuário, de condições habitacionais, de acesso a transportes, comunicações, condições de trabalho, cuidados de saúde, educação, entre outras, podendo verificar-se que algumas destas carências suscitam outras. As más condições de salubridade tem seu reflexo sobre a saúde, bem como o baixo nível de instrução, impõe restrições no acesso ao mercado de trabalho (Costa, 1998: 27, 28).

A Convenção dos Direitos da Criança estabelece os deveres do Estado e dos pais face a proteção da criança, de forma a que esta tenha uma infância segura e digna, contudo verifica-se que tal não corresponde, as crianças são privadas dos seus direitos fundamentais, à condição necessária à sua sobrevivência, ao seu desenvolvimento integral, apresentando a Convenção, uma fragilidade de aplicação, como refere Joaquim Ruiz-Giménez, “Lá

luminosidad de ese sistema de valores esenciales y de principios normativos básicos de la Convención, entra en dramático contraste con la realidad empíricamente contrastada” (1996: 88).

A pobreza infantil, pode ser analisada através da criança em si, na perspetiva do seu bem-estar, uma vez que tem necessidades específicas diferentes das dos adultos. A criança pobre é privada da sua condição de sujeito de direitos, sendo discriminada pela sociedade, ou seja, as crianças são particularmente vulneráveis à pobreza, nomeadamente quando nos encontramos a passar por uma crise económica, que leva as mesmas e suas famílias a caírem em armadilhas da pobreza. A pobreza infantil, “cristaliza ou amplia disparidades sociais, económicas e de género que impedem as crianças de desfrutar oportunidades igualitárias, e corrói os ambientes familiares e comunitários de proteção, tornando as crianças vulneráveis à exploração, ao abuso, à violência, a discriminação e à estigmatização. A pobreza inibe a capacidade das famílias e das comunidades de cuidar das crianças” (Nações Unidas, 2005:15).

De acordo com os dados da Eurostat “a situação das crianças (com menos de 16 anos) entre 1995 e 2005 foi sempre pior que a da população em geral” (Baptista, 2007: 5). Não podemos descurar, a relação existente entre a situação das crianças e a situação das famílias em que as mesmas estão inseridas, “Com efeito, a pobreza de uma família afeta o bem-estar da criança, ainda antes do seu nascimento...” (Silva, 1992: 4), quer ao nível da habitação, quer da saúde, quer de outras necessidades básicas, como a educação, formação, acesso ao mercado de trabalho, e capacidade financeira dos pais.

Portugal, tem um elevado nível de pobreza infantil, que se tem vindo a agravar desde a década de 90: “22% das crianças portuguesas vivem em agregados familiares pobres com emprego; 24% taxa de risco de pobreza infantil; 18% taxa de risco de pobreza após transferências sociais; 28 349 famílias com crianças em risco a cargo, em que 24,5% são progenitores com menos de 18 anos; 11 362 crianças institucionalizadas” (Brandão, 2009:51).

Segundo o relatório europeu da Cáritas “A taxa de pobreza infantil portuguesa ultrapassa há 8 anos a média europeia, tendo-se fixado nos 22,4% em 2011” (Renascença (s/d)). Ainda de acordo com este relatório, a Cáritas defronta-se diariamente com pedidos de apoio de pessoas que ficaram em situação de vulnerabilidade, devido à crise, às medidas de austeridade, nomeadamente o corte de políticas que podiam melhorar o bem-estar dos agregados, empurra as crianças para o limiar da pobreza.

Não podemos dissociar da vida da criança as mudanças sociais. Atualmente a “infância continua a ser vivida de uma forma heterogénea” (Bastos, 2008: 6), continuando a ser obstado os direitos fundamentais, assim como a educação, saúde, habitação, integração social, levando a percursos de vida pautados pela pobreza. Segundo Neves (2012:31), a pobreza infantil não deve ser olhada somente através de dados estatísticos, sem tentar perceber como as crianças e jovens constroem as suas histórias de vida em interação com as várias instituições, e como estas interagem com as crianças, por forma a minimizar ou ampliar os riscos associados à pobreza infantil. Paulo Delgado (2006:65), refere que a situação de pobreza pode condicionar os processos de desenvolvimento e de socialização da criança.

Regra geral, as crianças e jovens que pertencem a agregados familiares carenciados ou desestruturados, encontram-se numa situação de risco acrescido. Apesar de nos anos 90 do séc. XX se terem implementado algumas medidas de combate à pobreza das famílias e suas crianças, atualmente o retrocesso do investimento público no combate à mesma volta a deixar as famílias e suas crianças numa situação de fragilidade e de empobrecimento.

Uma das dimensões de combate à pobreza infantil, é precisamente a escola, que preenche uma parte do dia da criança ou jovem, onde passa cerca de 12 anos, sendo esta fundamental na socialização da mesma.

“À escola compete desempenhar um papel de integração social, de transmissão e aperfeiçoamento dos saberes” (Delgado, 2006: 68).

Apesar de não ser linear, parece existir uma relação entre pobreza e educação, quer isto dizer que existe uma maior incidência de dificuldades escolares em crianças vindas de meios mais desfavorecidos, levando a curto prazo ao abandono escolar, e a médio, longo prazo à dificuldade de inserção profissional.

“Não existe estratégia de longo prazo de combate à pobreza infantil sem a erradicação do absentismo e do insucesso escolar, dado os seus efeitos duradouros na trajetória de vida dos indivíduos” (Diogo, (s/d): 6).

“As condições de habitação estão intrinsecamente associadas ao nível de bem-estar e estreitamente relacionadas com as restantes dimensões” (Bastos, 2008: 13). Por conseguinte a escassez de recursos obriga a que as famílias residam em bairros sociais, ou até mesmo em barracas, onde se pode verificar por vezes um número elevado de elementos do agregado a dividirem a mesma habitação, ou por vezes, ainda se pode verificar habitações com carência de infraestruturas sanitárias e em alguns locais de equipamentos coletivos, sendo “por isso

um elemento marcante na vida das crianças que aí residem em virtude da precariedade de condições físicas e dos aspetos sociais que lhe estão associados” (Bastos, 2008: 13).

Outra dimensão a ponderar é a saúde, sendo que a criança apresenta mais vulnerabilidade aos problemas de saúde, “Trata-se de uma área diretamente relacionada com o bem-estar da criança ao nível físico e psicológico e por isso indispensável enquanto elemento de aferição das suas condições de vida” (Bastos, 2008: 13).

2.2. - Definição e tipologia dos maus-tratos a crianças e jovens

Os maus-tratos em crianças e jovens implica uma situação de perigo, ou seja, que ameace a segurança, dignidade, e seu desenvolvimento, quer sejam perpetrados pelos pais, cuidadores ou outrem.

Podemos defini-los como qualquer ação não acidental, que comporte abuso quer seja, emocional, físico ou sexual, podemos dizer que, existe uma multiplicidade de situações que caracterizam os maus-tratos, podem ser por, negligência, mau trato físico, mau trato emocional, síndrome de Munchausen por procuração e abuso sexual.

2.2.1. Maus-tratos ativos e passivos

Os maus-tratos podem ser divididos em maus-tratos ativos e passivos. Por maus-tratos ativos consideraram-se: maus-tratos físicos: toda a ação não acidental, isolada ou repetida que resulta, ou pode resultar, em danos físicos. Pode-se dizer que o mau trato físico é mais detetado nas urgências hospitalares (DGS, 2011: 8).

O mau trato emocional/psicológico “resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamentos equilibrados da criança/jovem” (DGS, 2011: 5). Sendo um mau trato mais frequentemente detetado através do seguimento das crianças e jovens ao nível dos CS, mais especificamente nas consultas quer de saúde materna, saúde infantil e juvenil, de Enfermagem ou de Reforço, contudo é de realçar que nem sempre é identificado na avaliação dos casos, pela sua dificuldade.

O abuso sexual, é outra forma de mau trato ativo, todo o adulto, ou não, que utiliza a criança menor de 18 anos para satisfazer os seus desejos sexuais, aproveitando-se de uma situação de poder ou autoridade sobre a mesma, dependendo do estágio de desenvolvimento da criança, ou por não ter capacidade de compreensão que delas é vítima, percebendo-o não tem capacidade para nomear o abuso sexual, não está estruturalmente preparada ou não está capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido (DGS, 2011: 9). Podemos distinguir 3

tipos de abusos: abuso sem contacto físico, sedução verbal explícita, exibicionismo, masturbação; contacto sexual sem penetração, toque intencional de zonas erógenas da criança ou incentivar a criança a tocar no adulto; contacto sexual com penetração, relação sexual com penetração digital, com objetos ou com o órgão sexual, quer seja vaginal ou anal (DGS, 2011: 32).

A violência interparental, é um tipo de mau trato caracterizado como forma indireta de vitimização, em que a criança ou jovem é testemunho da violência e/ou conflito interparental, não implicando que estas vejam a agressão, mas as marcas desta agressão ou ouvir. Esta forma de vitimização indireta pode causar na criança “mal-estar físico, psicológico, emocional, comportamental e relacional equiparável ao impacto provocado pela experiência direta do mau trato” (APAV, 2011: 17).

Relativamente aos maus-tratos passivos, podem ser definidos como, negligência física, caracterizada por incapacidade dos seus cuidadores de proporcionarem a criança ou ao jovem os cuidados básicos, higiene, alimentação, educação e saúde, indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento adequados. Podem manifestar-se de uma forma ativa ou passiva, é ativa quando existe intenção de causar dano, e passiva, quando os cuidadores são incapazes de proporcionar os cuidados adequados ao crescimento e desenvolvimento (DGS, 2011: 7).

Negligência emocional, que se traduz na falta de respostas dos cuidadores à proximidade e interação da criança. Devemos ter em conta que esta forma de mau trato pode estar presente em todas as outras situações de mau trato, necessitando da seguinte análise: “se todas ou só algumas destas formas estão presentes; em que grau estão presentes; qual o seu impacto em cada criança ou jovem” (Magalhães, 2004: 36).

Outro tipo de mau trato passivo é o chamado Failure to Thrive, que é uma “Forma específica de negligência física caracterizada pela incapacidade de a criança ou jovem atingir os ganhos da estatura e peso expectáveis para a sua faixa etária provocada por uma ou ambas as situações que se seguem: descuido dos prestadores de cuidados na supressão das necessidades alimentares básicas; relacionamento problemático da criança ou jovem com a alimentação (normalmente visível pela delonga das refeições e recusa de ingestão de alimentos na altura das refeições) e incapacidade de os cuidadores de responderem eficazmente ao desafio colocado” (APAV, 2011: 18).

Ao nível dos CS a negligência quer física ou emocional é detetada através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados, nomeadamente não cumprir o Programa Nacional de Vacinação; não comparecer às consultas programadas ou faltar

frequentemente e marcar para outra altura ou ainda não procurar os serviços de saúde em situação de doença ou de acidente (Despacho N° 31292/2008).

2.2.2 – Outros tipos de maus-tratos

O Síndrome de Munchausen por procuração, é uma forma de mau trato rara, mas que eventualmente pode aparecer, significando que um elemento do agregado familiar ou cuidador, tentam convencer a equipa de saúde de que na criança ou jovem há a existência de uma doença, levando a equipa a proceder, por vezes, a procedimentos de diagnóstico exaustivos ou a hospitalizações frequentes (DGS, 2011: 10). Aos profissionais é colocada uma grande dificuldade de identificação deste tipo de mau trato.

Concretamente, caracteriza-se “pela indução ou produção de sintomas físicos e/ou psicológicos e sinais de doença nas crianças, por parte dos principais cuidadores, a fim de que elas recebam cuidados médicos e hospitalares” (Alberto, 2010: 29).

Segundo a American Psychiatric Association, 2004 (Alberto, 2010: 29), propõe-se como designação ao Síndrome de Munchausen, Doença Produzida ou Induzida pelos Cuidadores, enfatizando assim mais a situação da criança e não tanto o funcionamento psicológico dos cuidadores.

Os maus-tratos pré-natais, o recém-nascido apresenta alterações, nomeadamente síndrome de abstinência, que são causa do consumo de drogas, álcool ou cuidados durante a gravidez (Teufel, 2006: 33).

O trabalho infantil, é caracterizado pela obrigação de execução de trabalhos ou tarefas (domésticos ou outros) que eventualmente resultam em benefício económico para os seus cuidadores, devendo estas tarefas ou trabalhos serem exercidos por adultos, interferindo nas “atividades e necessidades escolares da criança ou jovem, bem como todas as outras necessidades próprias da sua idade” (APAV, 2011: 19).

Temos ainda a mendicidade, que é quando a criança ou jovem é utilizada ou explorada para atos de mendicidade tendo em vista a obtenção de benefício económico (APAV, 2011: 19), e o abandono, pode-se caracterizar como um ato praticado pelos cuidadores, os quais abandonam as crianças ou jovens em locais como hospitais, CS, instituições ou na rua, não providenciando os cuidados necessários ao desenvolvimento integral dos mesmos (APAV, 2011: 20).

3 – Fatores de risco dos maus-tratos

Considera-se por fatores de risco “qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos, por si só os fatores de risco não indicam a existência de maus-tratos, apenas indicam a probabilidade do seu aparecimento” (DGS, 2011: 11).

Será conveniente fazer a distinção entre risco e perigo, sendo que o risco indica a vulnerabilidade da criança sofrer de maus-tratos, enquanto que o perigo é a objetivação do risco. As situações de perigo encontram-se explanadas na LPCJP, no art. 3º nº 2.

Podemos apontar vários fatores de risco, quer sejam fatores de risco individuais, nomeadamente dos pais/cuidadores, por si só, as características individuais dos maltratantes, não são causadoras de maus-tratos, mas sim uma série de fatores individuais podem afetar negativamente os cuidadores, e conseqüentemente a relação de afetividade entre a criança e o cuidador, não respondendo assim, as necessidades da mesma; fatores de risco individuais da criança; como de risco familiar, que são mais ligados à interação familiar, concretamente à relação cuidadores/filho, e socioculturais. O contexto comunitário é importante ao funcionamento familiar, podendo converter-se numa fonte de stress.

Podemos apontar ainda alguns fatores intensificadores do trauma: “Início precoce do abuso; Duração e frequência do abuso; Grau de violência envolvido; Ocorrência de penetração vaginal ou anal, no caso de abuso sexual; Ocorrência de abusos múltiplos por diferentes indivíduos; Diferença acentuada entre idades do abusador e da vítima; Grau de secretismo estabelecido entre o abusador e a vítima” (Magalhães, 2004: 47).

É de notar que os maus-tratos às crianças são determinados por inúmeros fatores individuais, familiares e socioculturais que se inter-relacionam sem que exista uma única causa que os explique, como ainda os efeitos dos fatores de risco é diferente de cada família, de acordo com os seus recursos individuais, familiares e sociais de cada uma.

Para uma melhor avaliação dos casos, para além dos fatores de risco, deve-se também ponderar os fatores de proteção, para um melhor equilíbrio ou anulação de risco.

II – O Agrupamento de Centros de Saúde e a Implementação do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

1. – Missão e Atribuições dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde

Em 1974, a política de saúde em Portugal sofreu transformações, que levaram ao surgimento de condições políticas e sociais para a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a Lei Nº 56/79 de 15 de Setembro. A partir desta data o Estado passou a assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos, passando a apostar numa universalidade, generalidade e gratuidade da saúde.

A partir de 1982, o SNS tem vindo a sofrer várias reformulações. Primeiro são criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), depois em 1984 foi criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, e em 1990, surgiu a Lei de Bases da Saúde Nº 48/90 de 24 de Agosto, explicitou os direitos e deveres dos utentes. O Decreto-Lei Nº 11/93 de 15 de Janeiro, extinguiu as ARS criadas em 1982, transitando o pessoal e transmitindo-se o respetivo património para as novas ARS, dividindo-as em Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, e Algarve.

O Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, trouxe uma nova configuração aos CS, com a intenção de imprimir um duplo movimento, por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que facultassem maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna, e por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão.

O mapa das novas unidades de gestão, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), passou a ser o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos antigos CS. A sua criação, bem como a delimitação da área geográfica correspondente, foi efetuada sob proposta fundamentada da ARS, respetiva.

As unidades que apareceram deste processo de reconfiguração podem ser definidos como unidades de gestão, compostas por um ou mais CS, integrados na ARS, ou em Unidade Local de Saúde (ULS).

A sua atividade pode ser caracterizada por três grandes linhas de serviço: os cuidados personalizados de saúde (individual e familiar), intervenção na comunidade e a saúde pública. Paralelamente, devem existir os necessários serviços de suporte.

Os ACES têm por missão abonar a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Têm como órgãos um Diretor Executivo, um Conselho Clínico e um Conselho da Comunidade, e compreende uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde. Estas unidades funcionais são as seguintes: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), e Unidade de Recursos Assistências e Partilhados (URAP). Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia técnica e funcional, e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES sendo dirigida por um coordenador. Em cada CS integrante do ACES funciona, pelo menos, uma USF, ou UCSP, e uma UCC ou serviços desta. Todos os ACES terão somente uma USP e uma URAP. (Conferir anexo I)

Com o surgimento dos ACES, exige-se que a intervenção na área da saúde das crianças e jovens em risco, seja enquadrada nestes novos modelos organizativos, assim em cada ACES deve existir pelo menos um NACJR “inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respetiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sociodemográficas, ou outras, o exijam, poderá haver lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES”, desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES (Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro).

2 – História da Implementação do Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco

A Lei de Bases da Saúde (1990) considera as crianças e adolescentes, *grupos sujeitos a maior risco*, tendo o Estado elaborado medidas especiais na proteção destes grupos.

A partir de 1982, foram criados, experiências pioneiras, “informais”, os primeiros “Núcleos de Apoio à Criança Maltratada e Família”, ao nível dos hospitais centrais.

Posteriormente, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 30/92, de 18 de Agosto, foi criado o Projeto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC), constituído por profissionais da instituição da saúde, uma coordenação conjunta do Ministério da Justiça, da Saúde, do Emprego e da Segurança Social. Este projeto tem como objetivos prioritários, “Detetar as situações de crianças maltratadas; Proceder a um rigoroso diagnóstico das

disfunções familiares que motivam os maus-tratos à criança, que constará de relatório, a remeter, nos termos da legislação aplicável, às entidades competentes; Desenvolver as ações necessárias de molde a fazer cessar a situação de risco para a criança, atuando junto das famílias por forma a conseguir a sua integração” (Conselho de Ministros nº 30/92, de 18 de Agosto), e em 1998, a Direção Geral da Saúde (DGS) faz um estudo exploratório, “Abuso Sexual em Crianças e Adolescentes.”

Já em Outubro de 1999, é criado igualmente o programa de Intervenção Precoce (Despacho Conjunto Nº 891/99 de 19 de Outubro) destinado a “crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias” em articulação com a educação, saúde e ação social, tendo a cooperação de instituições de solidariedade social. Em 2009, é publicado o Decreto-Lei Nº 281/2009 de 6 de Outubro que cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Em Janeiro de 2006, foi dado a conhecer o estudo da Inspeção Temática da Inspeção Geral da Saúde, sobre “Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco”, e portanto, a importância da implementação dos NACJR, nos CS e também nos hospitais.

“As instituições e os serviços de saúde podem e devem desempenhar um papel importante na deteção das situações de risco que envolvam menores – a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental na sinalização precoce das situações de risco social - e, sobretudo a nível local (CS), não se encontra suficientemente interiorizada a necessidade de uma atitude pró-ativa, no sentido de se assegurar o direito à saúde das crianças e jovens mais desfavorecidos, desde o seu nascimento, sem que a mesma fique dependente da iniciativa dos pais ou dos seus representantes legais” (DGS, 2007: 14).

Foi ainda consignado um Despacho do Ministro da Saúde, atribuindo à DGS um “conjunto de medidas para adequação e concertação das respostas do Serviço Nacional de Saúde ao problema dos maus tratos em crianças e jovens” (DGS, 2007: 5). Para tal, foi criado o grupo de trabalho, Ação para a Saúde de Crianças e Jovens em Risco, direcionado para o estudo/intervenção nesta área e a execução de um documento que operacionalizasse a intervenção dos Serviços da Saúde.

Já em 2007 o Despacho Ministerial nº 117, de 24 de Abril de 2007, considera o projeto de elevada importância estratégica e de relevância social, determinando assim a criação dos NACJR, em articulação com as ARS, nos CS e hospitais.

Em 2008, foi lançado pela DGS um documento técnico, intitulado “Maus-tratos em Crianças e Jovens – Intervenção na Saúde” e publicado o Despacho nº 31292/2008, que

define a intervenção dos profissionais da saúde no domínio dos maus-tratos em crianças e jovens, cria a Rede de NACJR e N(H)ACJR e coopera com a Comissão Nacional Crianças e Jovens em Risco e outras entidades.

Neste despacho, e na LPCJP (Lei nº 147/99. de 1 de Setembro), a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece 3 níveis de ação: no primeiro nível encontram-se as entidades com competência em matéria de infância e juventude, enquadrando-se neste primeiro nível os NACJR e os N(H)ACJR; o segundo nível, enquadram-se as Comissões de Proteção a Crianças e Jovens (CPCJ) e no terceiro nível encontram-se os Tribunais.



Deste modo, “os centros de saúde, e os hospitais, têm prioridade de intervenção junto das crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas deverão ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo – após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se assim o princípio da subsidiariedade” (Despacho nº 31292/2008).

Assim, os serviços de saúde têm legitimidade – direito e obrigação – de intervir junto da criança ou jovem, de forma a remover o perigo, com base no consentimento e na não oposição, dos pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem, conforme no art. nº 7 da Lei Nº 147/99 de 1 de Setembro.

Importante ainda mencionar, que é em 16 de Maio de 2013, que o Ministério da Saúde publica o Despacho Nº 6378/2013, o qual cria as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), sem prejuízo da identidade e da autonomia funcional dos NACJR. Tal significa que, onde existam NACJR, as EPVA “são constituídas com base nas equipas interdisciplinares desses núcleos, que se mantêm, com os quais possam partilhar alguns elementos, particularmente o Assistente Social, procedendo-se à alocação de um médico e um enfermeiro mais vocacionado e ou mais experiente”.

2.1. - Constituição e funcionamento do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

A implementação dos núcleos passou por 5 fases: preparatória, experimental, de alargamento, de generalização e de consolidação. A fase preparatória, passou pela negociação do projeto com as ARS, redação dos documentos, elaboração de protocolos, preparação, e formação das equipas. A fase experimental, teve como objetivo a concretização do projeto, englobando alguns CS e Hospitais. Em 2007, deu-se a concretização do projeto, e fez-se a sua avaliação. Na fase de alargamento, foram integrados um outro conjunto de CS e Hospitais, em que a dimensão e características foram estabelecidas em função do processo avaliativo realizado (DGS, 2007: 13).

Em 2008 deu-se início a fase de generalização, com a criação e entrada em funcionamento dos núcleos em toda a Rede de Cuidados Primários e Hospitais, e a fase de consolidação, que tem por base “assegurar a continuidade de funcionamento, e o desempenho de qualidade dos núcleos, constitui uma tarefa essencial, a desenvolver desde o início da intervenção” (DGS, 2007: 14).

O SNS dispõe de equipas que desempenham um papel fundamental na primeira linha de promoção e proteção de crianças e jovens em risco, na medida em que reúnem condições na identificação de contextos específicos de risco e deteção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos, quer seja nas consultas de medicina geral e familiar, de saúde infantil, saúde escolar, ou outra, encontrando-se assim, mais perto da população podendo identificar estas situações, como tendo facilidade de articulação com outras estruturas comunitárias. Deste modo, deveria existir em cada CS um NACJR, que reunisse as seguintes características: criado mediante ato formal do Órgão de Gestão do CS, nomear os profissionais, nomeadamente o seu Coordenador; ser composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, e outros profissionais de saúde, de preferência das áreas de saúde mental e/ou do Serviço Social e que se identifiquem com os objetivos propostos, podendo este grupo vir a ser alargado, de acordo com as necessidades e disponibilidades e quando a dimensão da população abrangida ou o volume de casos detetados o justifique. Cada elemento do NACJR, independentemente da carreira profissional ou especialidade, deverá ter conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos comunitários disponíveis, estar motivado, capacitado e ter formação e/ou experiência de trabalho nas áreas de desenvolvimento infantil e juvenil, como nos maus-tratos, empregar os mecanismos legais, protocolos instituídos, “nomeadamente os procedimentos da sinalização e

da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco” (DGS, 2007: 8).

Atribuições do NACJR

<ul style="list-style-type: none">- Contribuir para a informação à população;- Sensibilização dos profissionais dos diferentes serviços;- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico;- Incrementar formação e preparação dos profissionais;- Coletar e organizar a informação sobre maus-tratos na área de intervenção do CS- Prestar consultadoria aos profissionais e equipas de saúde (sinalização, acompanhamento e encaminhamento dos casos);- Gerir, excecionalmente, as situações;- Fomentar os mecanismos de cooperação com as diversas equipas do CS;	<ul style="list-style-type: none">- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários, nomeadamente do 1º nível de intervenção;- Mobilizar a rede de recursos internos do CS;- Dinamizar a rede social, de forma a assegurar o acompanhamento dos casos;- Assegurar a articulação funcional com os N(H)ACJR, CPCJ, Ministério Público e Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor;- Aplicar as orientações técnicas do documento “Maus-tratos em Crianças e Jovens – Intervenção na Saúde.”
---	--

Fonte: DGS, 2007: 8

De forma a motivar, valorizar os profissionais, e de forma a assegurar as condições indispensáveis ao exercício, deve ser atribuído valor curricular aos profissionais que integram o NACJR; deve ser atribuído um número de horas semanais, para que seja possível a estruturação das ações e a gestão dos casos acompanhados, direta ou indiretamente.

É igualmente necessário, de forma a garantir privacidade e confidencialidade, atribuir à equipa, um local próprio a funcionar, que permita a atividade regular e o atendimento personalizado em condições de privacidade, e dispor de meios informáticos e de arquivo, respeitando a legislação em vigor referente à proteção de dados pessoais.

Os núcleos (NACJR e N(H)ACJR), para além da ação nas suas instituições, e de serem mutuamente cooperantes, desempenham um papel relevante na articulação com outras instituições de 1º nível de intervenção, nomeadamente as escolas, as autarquias e outras estruturas da comunidade com intervenção nas áreas da infância e juventude, para além de os mesmos serem interlocutores privilegiados das CPCJ, do Ministério Público e Tribunais, de acordo com a Lei nº 147/99 (Lei de Proteção de Menores).

Cabe assim aos NACJR remover o risco em que as crianças ou jovens se encontram, sempre com o consentimento do cuidador ou quem tem a guarda de facto, caso este recuse a intervenção do núcleo, a situação será sinalizada à CPCJ da área de residência da criança ou jovem. Cabe ainda ao NACJR e N(H)ACJR: “Prestar consultadoria aos profissionais/ equipas que lidam diretamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no CS ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade; Apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente da elaboração, para cada caso, de um Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF), desenvolvido a partir das necessidades identificadas; Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário” (DGS, 2008: 20).

Não menos importante será de mencionar algumas dificuldades/obstáculos que estes núcleos têm sentido, nomeadamente, no défice de recursos humanos, a falta de tempo atribuído aos profissionais para a atividade dos mesmos, a pouca sensibilidade para o problema e pouca colaboração por parte de alguns profissionais, o processo continuado de reorganização nos CSP e as dificuldades de articulação com algumas CPCJ (Relatório 2011, Comissão de Acompanhamento).

Cada elemento dos referidos núcleos tem intervenções específicas, referidas no regulamento interno, ao médico, a identificação da condição/integridade física da criança, bem como do seu desenvolvimento global; ao enfermeiro, a informação sobre a dinâmica de saúde e desenvolvimento da criança no seio familiar e comunidade, e acompanhamento da aplicação do PIAF e proceder à respetiva avaliação, nomeadamente através de visitas domiciliárias ou apoio a outros profissionais, e ao Assistente Social, a realização do diagnóstico social dos casos apresentados, articulação com os serviços da comunidade, e execução da intervenção social das problemáticas apresentadas.

Especificamente podemos apontar que cabe ao Assistente Social do NACJR, quando se detetam fatores de risco/proteção/agravamento de maus-tratos, “colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais”, intervindo de forma a observar ativamente e continuamente a “evolução dos fatores de risco/de proteção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou sinais ou sintomas de maus tratos como ainda apoiar os pais/cuidadores nas intervenções específicas, e reforçar as competências que revelam”, através da “visita domiciliaria, a observação periódica, articulação entre os profissionais das diferentes unidades funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros de primeiro nível de intervenção”.

Caso haja deteção de sinais de alerta para uma situação de maus-tratos, o Assistente Social, deverá ter como objetivo de intervenção, “valorizar as características e natureza do sintoma detetado, prevenir o agravamento da situação de saúde detetada, e confirmar ou refutar a evidência de mau trato, devendo ter como intervenção a recolha de informação relacionada, ponderar a necessidade de apoio a outros profissionais/equipas, e valorizar atitude de pais/cuidadores/criança durante o processo de diagnóstico: nos pais: colaboração, evitação, reconhecimento da necessidade de intervenção, veracidade das informações; na criança/jovem: colaboração, evitação, submissão aos pais, ansiedade/medo” (DGS, 2011: 13, 17).

Nesta situação a metodologia possível a adotar, é a realização de visita domiciliária, frequência acrescida de atendimento, registo rigoroso da informação pertinente, articulação com outros profissionais e reuniões de equipa (DGS, 2011: 13, 17).

Salienta-se que o processo de intervenção deverá ser composto pelas seguintes fases:

1 – Sinalização: A sinalização deverá ser feita a um dos elementos no NACJR, através de uma ficha própria. (Conferir anexo II) Numa primeira fase a sinalização também poderá ser feita verbalmente, sendo transmitidas algumas informações que servirão para identificar a situação.

2 – Reunião de triagem: Após a sinalização, tendo em conta a emergência da situação, o NACJR analisa o pedido de intervenção, nomeia o responsável de caso, que conduzirá o processo. O responsável de caso deverá ser o profissional cuja intervenção terá como objetivo a facilitação da comunicação entre os vários parceiros do 1º e 2º nível, na tentativa de que a intervenção se realize com a celeridade necessária, a fim de salvaguardar a criança e jovem da eventual situação de risco ou perigo e das suas consequências.

3 – Recolha de informação: Após a sinalização e triagem deverá ser preenchida uma ficha de acolhimento que contenha: Identificação social da família; Identificação da criança e prestadores de cuidados; Genograma; Denúncia (descrição do motivo do pedido de ajuda); Antecedentes familiares/Dinâmica familiar; História do desenvolvimento psicomotor e social da criança e jovem; Intervenções anteriores; Plano de intervenção à criança, jovem e família

Para poder haver intervenção do NACJR, tem de haver o consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos serem informados desse direito. É igualmente reconhecido ao jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorização da intervenção do NACJR.

Não havendo situação de perigo eminente, mas existindo risco que justifique o acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo a tal oposição, o caso deverá ser remetido à CPCJ da área de residência da criança ou jovem.

De ter em atenção, os princípios orientadores da intervenção junto das crianças e jovens em risco/perigo consagrados na Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, art.4.

Sempre que se identifiquem contextos de risco, haja suspeita ou seja constatada uma situação de maus-tratos numa criança ou jovem, há que desenvolver um certo número de procedimentos. (Conferir anexo III)

Os profissionais ou as equipas de saúde que tomam contacto com os casos, devem proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, “cabendo ao NACJR um papel de consultadoria e, nas situações cuja complexidade ultrapasse a capacidade de resposta dos primeiros, coadjuvar ou assumir a condução do processo” (DGS, 2008: 25).

Por vezes a complexidade dos casos exige a colaboração do Instituto de Medicina Legal na sua caracterização, nomeadamente na suspeita de abuso sexual, ou outras situações de maus-tratos específicos que exijam a preservação urgente de evidências físicas, biológicas e não biológicas (ex. roupa, e/ou no corpo). Assim, confirmada a existência de perigo, e com o consentimento dos pais, dos representantes legais ou quem tenha a garde de facto, ou ainda se a criança tiver idade igual ou superior a 12 anos, será elaborado o PIAF. Cabe a equipa de saúde ou ao NACJR, consoante as situações, monitorizar a sua aplicação e proceder à respetiva avaliação.

Posteriormente inicia-se a fase de acompanhamento continuado da situação, na qual adquire relevo a participação das outras equipas da rede interna do CS e as da rede externa, no âmbito das entidades de 1º nível.

Caso se verifique o não cumprimento do PIAF, a situação deve ser sinalizada à CPCJ e de tal facto deve ser dado conhecimento ao núcleo, caso não tenha sido o mesmo a gerir a situação.

Aquando o estabelecimento do diagnóstico, pode-se verificar perigo eminente para a integridade física ou a vida da criança ou jovem, e a oposição dos pais, representantes legais, ou quem tenha a garde de facto para a intervenção. Nesse caso aciona-se de imediato “um procedimento de urgência”, de acordo com o art.º 91 da LPCJP, para que as entidades de 1º nível ou de 2º nível tomem as medidas adequadas para a proteção imediata da criança ou jovem, solicitando a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais, que por vez darão conhecimento de imediato ao Ministério Público. Quando não for possível tal, as autoridades policiais retiram a criança ou jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua proteção

de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou em outro local adequado.

O Ministério Público, após recebida a comunicação efetuada pelas entidades referidas anteriormente, requer imediatamente ao Tribunal competente procedimento judicial urgente.

No que respeita ao acompanhamento continuado, o CS dispõe de equipas de saúde e NACJR, em que ambos estão vocacionados para a monitorização das situações de risco e maus-tratos prevenindo a emergência de perigo. Por outro lado, os CS e também os Hospitais, podem ser chamados a apoiar a aplicação, ou subscrever o acordo que concretiza as medidas de promoção e proteção acordadas nas CPCJ, ou ainda serem solicitados a intervir no âmbito de uma decisão do Tribunal. Assim e neste contexto, “os NACJR e os N(H)ACJR podem representar um pólo de referência nas instituições de saúde, estabelecendo uma interface com os profissionais das equipas de saúde que diretamente lidam com as crianças e jovens em causa, ou por si próprias, assumirem também o acompanhamento do processo. Mesmo não tendo intervenção direta nas situações os núcleos devem ser informados da existência dos casos que estão a ser acompanhados na instituição a que pertencem, bem como receber notificação daqueles que cursaram noutras instâncias, nomeadamente CPCJ, e que foram encerrados” (DGS, 2008:34).

Acresce ainda que “quando houver fortes indícios da prática de um crime, as entidades de 1º nível, nomeadamente CS e Hospitais, devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais, sem prejuízo da comunicação feita à CPCJ (art. 70º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro)” (DGS, 2008: 34).

III - Proteção das Crianças e Jovens em Risco na Região Centro

O trabalho que se apresenta pretende analisar as respostas dos CS para a proteção da criança e jovem em risco/perigo, e assim, perceber o funcionamento dos NACJR da Região Centro e o movimento processual.

Colocando-se a seguinte pergunta: **Como estão a responder os NACJR da Região Centro às necessidades de proteção dos direitos da criança e jovem em risco?**

Sendo assim, definem-se os seguintes objetivos: Discussão do conceito da defesa dos Direitos e Superior Interesse da Criança, Análise do funcionamento dos NACJR para a proteção da criança e jovem em risco da Região Centro, Caracterização dos riscos sinalizados no NACJR e Inserção do Serviço Social nos NACJR

1 – Discussão Metodológica

Optou-se pela realização de questionário aos Assistentes Sociais da Região Centro. (Conferir Anexo IV) “Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito as pessoas tendo como objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc” (Gil, 1989: 124). Por outras palavras, podemos mencionar, que a construção do questionário, deve apresentar dois critérios: clareza e rigor, e igualmente comodidade para quem responde (Gil, 1989: 126). As perguntas utilizadas neste questionário apresentam-se sob a forma de abertas e fechadas.

Antes de enviar o questionário, foi feito um pré-teste e revisão do mesmo. De seguida foi enviado à Comissão de Ética da ARS Centro um pedido de autorização para a sua aplicação juntamente com o consentimento informado dos respondentes. (Conferir Anexo V) Após aprovação da Comissão Ética foi enviado aos 6 ACES e às 2 ULS, e-mail solicitando autorização ao Diretor Executivo dos respetivos ACES e ULS, o questionário para que os 39 Assistentes Sociais dos NACJR pudessem responder. Apenas obtivemos resposta de 3 ACES e 1 ULS, ou seja 12 Assistentes Sociais. É feita uma análise estatística e descritiva dos dados.

2 - Apresentação dos Resultados

A partir da informação recolhida dos 12 NACJR, procede-se a uma análise mais pormenorizada das respostas dos Assistentes Sociais nos núcleos que colaboraram com a nossa pesquisa.

Quadro 1

Há quanto tempo foi constituído o NACJR

Menos de 1 ano	0
Entre 1 ano a 3 anos	8
Mais de 3 anos	4
Total	12

Podemos constatar que os NACJR têm uma constituição recente (entre 1 a 3 anos), à exceção de 4 núcleos que se encontram constituídos há mais de 3 anos.

Quadro 2

Quem integra o NACJR

Médico	10
Enfermeiro	12
Assistente Social	12
Outro	5
Total	39

encontramos 10 Médicos.

Verifica-se que um dos núcleos é somente constituído por um Enfermeiro e Assistente Social e noutro existe 2 Enfermeiros, um Assistente Social e um Médico.

Quadro 3

Quantos processos deram entrada até a data?

≤ 9	3
10-19	1
20-29	5
≥30	1
N/S	2
Total	12

Quadro 4

Crescimento em número/gravidade?

Sim	7
Não	5
Total	12

Os NACJR são na maioria constituídos por um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Social. Estes podem ter outros elementos, como é o caso do Psicólogo (4) e do Nutricionista (1). O número de Enfermeiros e Assistentes Sociais encontram-se igualmente distribuídos (12), sendo que em 12 NACJR apenas

Desde a constituição dos núcleos até Novembro de 2013, deram entrada 182 processos de crianças e jovens em risco. A frequência varia entre 3 e 38 processos por núcleo, fazendo-se notar que em 5 NACJR entraram entre 20-29 processos.

Em 7 núcleos houve registo de um aumento de gravidade das situações sinalizadas.

Quadro 5

Tipo de sinalização que é feito ao NACJR

Negligência	12
Mau trato	3
Outro	3
Total	18

Os motivos de abertura dos processos são maioritariamente a negligência (12), seguido de mau trato (3), um dos quais é mau trato psicológico.

Nos casos assinalados em outro, um dos núcleos aponta como abuso sexual e comportamento desviante.

Quadro 6

Quais os problemas sociais identificados?

Desemprego	3
Insuficiência económica	7
Habitação precária	2
Desconhecimento de direitos sociais	2
Alcoolismo	1
Famílias destruídas	3
Doenças do foro psíquico	1
Mães adolescentes	1
Competências sociais e pessoais	3
Conflitos familiares/gerações	1
Comportamentos desviantes	1
Ausência de regras/limites/rotinas	1
Disfuncionalidade parental/familiar	2
Desorientação	1
Total	29

Destas sinalizações verifica-se que a maioria das famílias têm como problema social identificado a insuficiência económica, podendo haver uma relação de causa efeito entre essa insuficiência e o bem-estar da criança, e o mesmo possa estar comprometido, podendo ocorrer numa situação de risco para a mesma.

A habitação precária, o desemprego, podem igualmente condicionar o desenvolvimento integral da criança.

Podemos apontar ainda alguns fatores de risco individuais, respetivamente nos pais/cuidadores: dificuldade de gerir a ansiedade, stress, frustração; baixa autoestima e dependência emocional de outras pessoas; alcoolismo; características da personalidade (imaturidade, impulsividade, analfabetismo); insegurança económica/pobreza; doença do foro psíquico.

Como fatores de risco familiar apontamos: relação conjugal; desconhecimento das necessidades da criança; família destruída, disfuncionalidade parental/familiar. E fatores de risco comunitários: desemprego, a pobreza, desconhecimento dos direitos sociais.

Quadro 7

As sinalizações são efetuadas por:

N(H)ACJR	7
Médico de Família	6
Enfermeiro	8
Outro	8
Total	28

A maior parte das sinalizações são feitas por profissionais de saúde, outros provêm de instituições locais como por exemplo, CPCJ e professores do 1º ciclo. Não menos importante, são as sinalizações oriundas dos N(H)ACJR (7).

Quadro 8

Definição de PIAF

Sim	7
Não	4
N/S	1
Total	12

A maioria dos NACJR faz o PIAF. Na sua elaboração participam os profissionais do NACJR e outros colaboradores, nomeadamente Médico de Família, Enfermeiro, Gestor de Caso. A família participa no PIAF, sendo que a mesma só foi chamada a participar num NACJR.

Quadro 9

Elementos que colaboram na definição do PIAF

NACJR	8
Outro	4
Total	12

Quadro 10

Os elementos reúnem regularmente?

Semanalmente	2
Quinzenalmente	1
Mensalmente	6
Semestralmente	1
Trimestralmente	2
Total	12

Maioritariamente os NACJR reúnem-se mensalmente (6), havendo ligação entre o número de casos sinalizados/acompanhados e o número de reuniões, o mesmo se verifica em dois núcleos que reúnem semanalmente.

Quadro 11

Ações desenvolvidas pelo NACJR

Visitas domiciliárias	2
Ações de sensibilização no serviço	7
Ações de sensibilização na comunidade	8
Acompanhamento	1
Articulação com outras entidades	1
Reuniões periódicas	1
Total	19

Uma das atribuições do NACJR é a sensibilização aos profissionais e comunidade para os maus-tratos a crianças e jovens e igualmente sensibilização para o funcionamento e existência do mesmo, constatando-se que a maioria dos NACJR faz precisamente estas sessões de sensibilização.

A maior parte da atividade dos NACJR é de sensibilização tanto nos serviços (7) como na comunidade (8). As restantes atividades assinaladas referem-se ao trabalho de acompanhamento dos casos das crianças e jovens sinalizados ao NACJR.

Quadro 12

Quem faz o acompanhamento das situações?

NACJR	11
Outro	7
Total	18

Devido o acompanhamento às crianças e jovens ser feito pelo Médico de Família e Enfermeiro, isto só acontece em 7 casos. Em um NACJR é a Assistente Social a fazer o acompanhamento com a colaboração do Enfermeiro de Família.

Caso seja o Médico de Família a sinalizar, e não deseje acompanhar a situação, assinala na ficha de sinalização que o acompanhamento deve ser feito pelo núcleo, não deixando contudo de ficar alerta para qualquer situação de risco/perigo que possa entretanto surgir, devendo alertar o NACJR.

Quadro 13

Área de influência do NACJR é apenas de um concelho?

Sim	10
Não	2
Total	12

Preferencialmente os NACJR devem ser constituídos em cada CS, tal não se verifica em 2, em que abrange outros CS, um dos núcleos abrange 2 CS outro 3 CS.

Quadro 14

Recebe sinalizações:

Da população inscrita no CS	5
Da área de residência que o CS abrange	9
Total	14

CS como da área de residência. Para que seja possível a sinalização ao NACJR, a criança ou jovem tem de estar a residir na área de abrangência do CS, contudo poderá ocorrer que a criança ou jovem resida num concelho e estar inscrito noutra CS diferente da do concelho onde reside.

As sinalizações efetuadas aos NACJR são por área de residência do utente que o CS abrange, devendo contudo o mesmo estar inscrito no CS para que se possa delinear o PIAF. Dos 12 NACJR, 9 colocam que as sinalizações são feitas por área de residência, sendo que 2 NACJR apontam que recebem sinalizações tanto da população inscrita no

Quadro 15

Os profissionais do CS conhecem os objetivos do NACJR?

Sim	9
Não	3
Total	12

Verifica-se que em 3 núcleos os profissionais do CS não conhecem os objetivos do mesmo,

Quadro 16

Há quanto tempo integra o NACJR

Menos de 1 ano	0
Entre 1 ano a 3 anos	9
Mais de 3 anos	3
Total	12

Verificamos igualmente, que os Assistentes Sociais integram os mesmos núcleos, desde a constituição destes, à exceção de um que integrou mais tarde.

Quadro 17

Que assuntos gostaria de ver discutidos?

Organização e funcionamento dos NACJR	4	Todos os Assistentes Sociais gostariam de participar numa reunião se possível. A organização e funcionamento dos NACJR é um assunto que 4 Assistentes Sociais gostariam que fosse abordado. De seguida, 3, colocam como assunto a ser discutido o papel do Assistente Social nos NACJR.
Estratégias de abordagem no abuso sexual	1	
Mediação familiar	1	
O papel do AS nos NACJR	3	
Questões de organização processual	2	
Intervenção das entidades de 1 ^a instância	1	
Articulação e acompanhamento integrado	1	
Total	13	

Conclusões

Este trabalho tem como preocupação compreender a implementação dos NACJR e como respondem aos processos das crianças e jovens em risco de forma a promover os direitos e interesses da criança e a afastar destas o risco/perigo que estejam sujeitas.

A defesa do interesse superior da criança deve integrar os diversos direitos, sejam eles civis, económicos, sociais, culturais, políticos, da vida quotidiana. Estes devem ser assegurados pelas instituições sociais, nomeadamente a Família, CS, Creche, etc, para promover o seu desenvolvimento integral. A atuação dos NACJR é fundamental neste processo, já que é nos CS que se tem um maior acesso à situação das crianças e jovens, seus utentes, permitindo um contato precoce com as situações que configuram o risco.

Desta forma compreende-se a urgência da implementação dos NACJR e do desenvolvimento de todos os esforços para que possam funcionar em pleno.

De referir que é nas instituições de primeira instância, neste caso, o CS, que se pode atuar com maior celeridade, na identificação dos problemas e, assim, evitar que as situações de risco evoluam, ou seja, que possam ser sinalizadas/acompanhadas numa fase inicial e evitar o perigo, e em casos extremos serem sinalizados à CPCJ ou ao Tribunal.

Percebe-se assim o envolvimento dos NACJR analisados, no sentido de sensibilizar todos os profissionais da saúde e a comunidade para o seu empenhamento nos processos das crianças e jovens.

Contudo ainda existe um longo caminho a percorrer, conforme o Relatório da ARS Centro, 2013, nomeadamente dada a falta de recursos humanos nos NACJR; falta de respostas na comunidade e na saúde; a não valorização dos fatores de risco por parte dos profissionais e consequente ausência de cultura de sinalização e intervenção no 1º nível.

Na Região Centro, as equipas dos NACJR para além de consultadoria que lhes compete, intervêm ainda muitas vezes de forma direta para colmatar a falta de estruturas e equipamentos locais.

Faz-se sentir ainda a necessidade de uma maior articulação com outras equipas básicas da saúde e uma maior aproximação com as CPCJ's para agilizar a ação nos diferentes níveis de intervenção.

Na Região Centro há um total de 68 CS com NACJR constituídos e apenas 39 integram Assistentes Sociais. Os restantes 29 são constituídos apenas por Médico de Família e Enfermeiros. O Psicólogo existe apenas em um deles.

Nos NACJR estudados, verifica-se que a sua implementação se deu a partir de 2008, ou seja, na fase de generalização. Muitos deles encontram-se ainda em fase de consolidação.

A maioria está implementada entre 1 a 3 anos, sendo que nos 29 núcleos atrás referidos, não se encontram completados os quadros técnicos necessários ao seu funcionamento eficaz.

Os 12 núcleos estudados são constituídos por Enfermeiros, Médicos de Família, Assistentes Sociais e um tem Psicólogo.

Desde a sua constituição deram entrada 182 processos registando-se maior frequência entre os 20-29 por núcleo, tendo-se registado um aumento, em numero e gravidade de situações, ao longo do tempo.

A negligência é situação com mais sinalizações efetuadas, sendo o problema social com maior relevância a insuficiência económica das famílias causada pelo desemprego, a habitação precária, o desconhecimento dos seus direitos sociais. A estes problemas somam-se o alcoolismo, a doença psiquiátrica e destruturação familiar, a maternidade precoce, etc. Assim, as famílias dificilmente conseguem responder aos seus deveres perante as crianças, podendo ocorrer numa situação de negligência ou até mesmo de mau trato.

O funcionamento do núcleo tem início com a sinalização. O Enfermeiro ou outro constituem a entidade sinalizadora mais frequente. Os N(H)ACJR são também de grande importância, pois é no hospital que se pode igualmente detetar a negligência ou mau trato durante a gravidez ou logo após o nascimento da criança, dado que algumas grávidas não são acompanhadas pelo Médico de Família e sim pelo hospital, havendo uma grande articulação entre os dois núcleos (NACJR e N(H)ACJR).

Após a sinalização é definido o PIAF, sendo que a maioria dos núcleos colaboram na sua definição, nomeadamente os Assistentes Sociais. Apenas 4 não colaboraram na definição do PIAF, ficando este sob a responsabilidade maioritariamente do Médico de Família, Enfermeiro e Gestor de Caso. Apenas um núcleo referiu contar com a participação das respetivas famílias para a elaboração do Plano de Apoio.

O acompanhamento das famílias e das crianças é feito na sua maioria pelo núcleo e pelos Assistentes Sociais que os integram. Os casos são discutidos em reunião de equipa, estes reúnem-se mensalmente, no sentido de discutir os casos acompanhados e as possíveis ações que vão desenvolvendo, centrando-se em ações de sensibilização na comunidade e no serviço.

Não menos importante é o conhecimento por parte dos profissionais de saúde dos objetivos dos núcleos, constatando-se que a maioria conhece os mesmos.

Para além dos 12 núcleos aqui analisados, apuramos que existem ainda mais 2 núcleos constituídos e que integram Assistentes Sociais. Contudo os mesmos encontram-se em standby face a indefinição da sua constituição, nomeadamente pela razão de alguns

profissionais já não se encontrarem a exercer atividade naquela unidade, ou seja, por falta de recursos humanos.

Não obstante a integração e o envolvimento dos Assistentes Sociais nos núcleos desde a sua criação, parecem existir algumas dúvidas quanto à organização e funcionamento dos NACJR, a definição do papel do Assistente Social e a organização processual e estratégias de trabalho em diferentes situações. De forma a que o trabalho de defesa dos direitos da criança e defesa dos seus interesses sejam protegidos e se evite o agravamento das situações.

É ainda de grande importância a articulação entre todos os profissionais da saúde e unidades funcionais integrantes, de instituições da comunidade para que se possa cumprir com o objetivo comum, que é a proteção da criança e jovem e o objetivo máximo, a prevenção o mais precoce possível.

Bibliografia

- ALBERTO, I. M. M. (2010). *Maltrato e Trauma na Infância*. Lisboa. Edições Almedina, SA
- ALMEIDA, M. Â. (2011). *Direitos e Interesse Superior da Criança. Criança em Perigo: Face visível dos não direitos*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- ANDER-EGG, E. (2000). *Métodos y Técnicas de Investigación Social III: Como Organizar el Trabajo de Investigación*. 1ª Edição. Buenos Aires – México. Grupo Editorial Lumen Hvmantitas. Vol. III.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (2013). Relatório de ARS Centro. *Os N(H)ACJRisco na ARS Centro: Diagnóstico da Situação*. Acedido em 22, Janeiro, 2014, em <http://www.arscentro.min-saude.pt>
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VITIMA (2011). *Manual – Crianças e Jovens Vitimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*.
- BAPTISTA, I. e MACIEL, C. (2007). *Portugal: Combater a pobreza infantil e promover a inclusão social das crianças. Um estudo das políticas nacionais*. Lisboa. Cesis – Centro de Estudos para a Intervenção social.
- BRANDÃO, M. C. (2009). *Pobreza infantil. Causar impacto e induzir à mudança*. Rediteia, Nº 43, pp 50-52
- BRUÑOL, M. C. (s/d). *El Interés Superior del Niño en el Marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://www.inn.oea.org/iin/cad/sim/pdf/mod1/Texto%208.pdf>
- BRUÑOL, M. C. (s/d). *Infancia, Autonomía y Derechos: Una Cuestion de Principios*. Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/cillero.pdf>

BASTOS, A., FERNANDES, G. L., PASSOS, J. e MALHO, M. J. (2008). *Um olhar sobre a pobreza infantil. Análise das condições de vida das crianças*. Lisboa. Edições Almedina SA

Child Welfare Information Gateway (2007). *Recognizing Child Abuse and Neglect: Signs and Symptoms*. Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://www.childwelfare.gov>

Constituição da República Portuguesa (2005). Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>

COSTA, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Coleção Fundação Mário Soares. Edição Gradiva

Decreto – Lei Nº 254/82 de 29 de Junho. *Diário da República nº 147/82 – Série I*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa

Decreto – Lei Nº 11/93 de 15 de Janeiro. *Diário da República nº 12/93 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto – Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República nº 38/2008 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto – Lei Nº 253/2012 de 27 de Novembro. *Diário da República nº 229/2012 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa

Deliberação Nº 2445/2010 de 28 de Dezembro. *Diário da República Nº 250/2010 – Série II*. Ministério da Saúde. Lisboa

DELGADO, P. (2006). *Os Direitos da Criança – da Participação à Responsabilidade: O Sistema de Proteção e Educação das Crianças e Jovens*. 1ª Edição. Porto. Profedições.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). *Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde*

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Documento Técnico*.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.*

Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro. *Diário da República N° 236/08 – Série II.* Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Conjunto N° 891/99 de 19 de Outubro. *Diário da República N° 244/99 – Série II.* Ministério da Educação, da Saúde, e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa

FOTTREL, D. (1999). “Direitos da Criança” in HEGARTY, Â. e LEONARD, S. (1999). *Direitos do Homem - Uma agenda para o século XXI.* Lisboa. Instituto Piaget. 213-227

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (2005). *Situação Mundial da Infância 2005 – Infância Ameaçada.* Brasília: UNICEF

GIL, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.* São Paulo. Editora Atlas S.A.

GOMES, I. (2010). *Acreditar no Futuro.* Lisboa. Texto Editores, Lda

GONZALVO, G. O. (2002). *Indicadores de Maltrato Infantil Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.* Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://www.fisterra.com>

GUADALUPE, S. e GONÇALVES, A. M. (2009). *Os Números do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: o Caso da Região Centro de Portugal.* Acedido em 3, Fevereiro, 2014, em <http://www.ismt.academia.edu/SóniaGuadalupe/Papers>

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Acedido em 11, Dezembro, 2012, em <http://www.iacrianca.pt/pt/organização/historico-iac>

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. *O Superior Interesse da Criança na Perspetiva do Respeito pelos seus Direitos.* (2009). 2ª Edição. Lisboa. IAC

Lei Nº 56/79 de 15 de Setembro. *Diário da República nº 214/79 – Série I*. Serviço Nacional de Saúde. Lisboa

Lei de Bases da Saúde Nº 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República nº 195/90 – Série I*. Assembleia da República. Lisboa

Lei 147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 204/99 – Série I*. Assembleia da República. Lisboa

Lei Nº 212/2006 de 27 de Outubro. *Diário da República nº 208/2006 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa

LARCHER, L. (2012). *A Violência sobre as crianças*. Lisboa, Arcadia

MAGALHÃES, T. (2004). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Guia prático para profissionais*. Lisboa. Quarteto Editora

MANATA, C. (2008). *...no Superior Interesse da Criança*. Seminário Direito das Crianças e Intervenção - Que competências? Centro Ismaili. Acedido em 22, Abril, 2013, em http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2249&m=DOC

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Acedido em 9, Novembro, 2012, em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>

NAÇÕES UNIDAS (1989). *A Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Acedido em 22, Abril, 2013, em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (2003). *Recognizing Child Abuse and Neglect: Signs and Symptoms*. Acedido em 22, Abril, 2013, em <http://nccanch.acf.hhs.gov>

PIANA, M. C. (2009). *A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do Serviço Social no campo educacional*. Acedido em 09, Outubro, 2013, em <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>

Resolução da Assembleia da República n.º 20/90. Acedido em 18, Setembro, 2012, em <http://www.en.io.gov.mo/BO/A/Link/16191.aspx>

Resolução do Conselho de Ministros N.º 157/2005 – Criação de uma Estrutura de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 18, Setembro, 2012, em <http://dre.pt/util/getdiplomas.asp?iddip=20052832>

RUIZ-GIMÉNEZ, J. (1996). “La Convención de los Derechos del Niño, Hermosa Sinfonía incompleta: Luces, Sombras y Horizontes de Esperanza”. In VERDUGO, Miguel Ángel e SOLER-SALA, Victor (Eds.). *La Convención de los Derechos del Niño Hacia el Siglo XXI*. 1ª edição. España. Ediciones Universidad Salamanca.

SARMENTO, M. J. e VEIGA, F. (2010). *Pobreza Infantil. Realidades, Desafios, Propostas*. 1ª Edição. V.N. Famalicão. Edições Húmus.

TEUFEL, S. S., FERNANDEZ, M. J. M. e BANACLOIG, E. M. (2006) *Guia de orientações para profissionais da saúde na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*. Edição Generalitat Valenciana

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª Edição. Lisboa. Gradiva.