

ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Comissão de Acompanhamento

RELATÓRIO 2012

Direção-Geral da Saúde
Outubro de 2013



Índice

Notas Iniciais	4
I - Comissão de Acompanhamento.....	6
II - Desenvolvimento da Rede de Núcleos.....	11
III - Actividade dos Núcleos.....	12
Notas finais.....	17
Anexos.....	19

Notas Iniciais

De uma forma genérica, poder-se-á afirmar que, em 2012, a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, desenvolveu-se na continuidade do que acontecera em anos anteriores.

Tal significa que, de um modo gradual, a nível das Administrações Regionais de Saúde, dos Agrupamentos de Centros de Saúde, dos Hospitais e das Unidades Locais de Saúde, a intervenção junto das crianças e dos jovens em risco foi objeto de atenção crescente por parte dos profissionais de saúde.

Essa evolução encontra-se expressa não apenas no aumento da casuística registada, mas também do número de iniciativas tomadas pelas equipas a nível regional e local, quer sob o ponto de vista da sensibilização, tanto dos profissionais como da população utente, quer ainda do da organização e da participação em iniciativas de carácter formativo, técnico e científico que foram realizadas a propósito do tema.

No que se refere à dinâmica da Rede de Núcleos da ASCJR, é de assinalar a existência de avanços e de recuos no processo, de acordo com as informações fornecidas pelas Coordenações Regionais da ASCJR.

Por um lado, resultado da continuada evolução da orgânica e do modo de intervenção do Serviço Nacional de Saúde (SNS), face à necessidade sentida

pelas equipas de melhor rentabilizarem as potencialidades deste modelo de intervenção, assistiu-se, em 2012, à constituição de novos Núcleos, nomeadamente, em diversos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Por outro lado, em alguns casos, fruto de contingências já amplamente referidas em relatórios anteriores (ver, a este propósito, o relatório referente a 2011), o processo da gestão de recursos humanos veio condicionar a desafetação de profissionais das equipas constituintes dos Núcleos, com a consequente limitação da ação das mesmas.

Acresce, também, como forma de ultrapassar os constrangimentos causados pela exígua disponibilidade dos profissionais, o facto de ter sido reformulado o modelo de funcionamento dos Núcleos em alguns ACES, verificando-se fusões, partilha de recursos e outras formas de colaboração alternativas entre estes e as diferentes unidades do Agrupamento.

Saliente-se também que, no decurso do ano de 2012, não só a Comissão de Acompanhamento como as Coordenações Regionais da Ação passaram a estar envolvidas no processo de revisão do Programa-tipo em Saúde Infantil e Juvenil, permitindo uma ampla base de reflexão e de elaboração de contributos sobre a matéria “crianças e jovens em risco”, a qual veio a ganhar um assinalável destaque no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), em vigor desde Junho de 2013.

A par deste contributo para o PNSIJ, através da Equipa de Análise da Ação, foi possível, também, atuar no processo de adaptação dos principais programas informáticos em uso no SNS – SAM e SAPE – ao novo PNSIJ e, por via disso, assegurar recursos de suporte informático à intervenção na área das crianças e jovens em risco. Tal facto veio permitir, se bem que através de um mecanismo alternativo à inicialmente prevista ferramenta informática de apoio à ASCJR, criar as condições para assegurar um suporte de informação útil na matéria, quer sob o ponto de vista da gestão dos casos, quer na perspetiva da informação casuística e epidemiológica.

I - Comissão de Acompanhamento

Coordenação global da Acção

Em 2012, a atividade da Comissão de Acompanhamento da ASCJR desenvolveu-se segundo três eixos: a) apoio ao desenvolvimento interno da ASCJR, mediante a ligação às coordenadoras regionais, orientação pedagógica e apoio à formação das equipas e produção de documentação técnica; b) enquadramento da ASCJR no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e adaptação dos suportes informáticos; c) cooperação interinstitucional.

Assim:

Apoio ao desenvolvimento interno da ASCJR

Apesar de todas as condicionantes já mencionadas em relatórios anteriores, foi dada continuidade ao trabalho concertado com as Coordenadoras Regionais, de molde a sedimentar a intervenção na rede de Núcleos da Acção, a dinamizar o processo de formação em serviço dos profissionais das equipas e a monitorizar o trabalho desenvolvido.

Na atividade de coordenação global, há que salientar não só as reuniões de trabalho havidas com as Coordenadoras Regionais, de molde a monitorizar todo o processo de intervenção dos Núcleos, mas também a interlocução que permitiu solucionar problemas vários ligados, nomeadamente, à participação dos elementos da Saúde nas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

No campo da formação profissional, no quadro das limitações gerais sobejamente conhecidas, foi possível levar a cabo, nas 5 ARS, um conjunto de 16 ações de formação, tanto no domínio da formação inicial para novos Núcleos e para novos elementos de Núcleos já constituídos, como no da

formação mais avançada, específica, focalizada em assuntos apontados como prioritários pelos próprios profissionais nas avaliações periódicas, regionais, efetuadas em anos anteriores neste domínio. Parte destas iniciativas foi apoiada pelo Programa Operacional Potencial Humano (POPH).

Sob o ponto de vista temático, estas iniciativas incidiram em temas como “avaliação e intervenção da saúde no âmbito dos maus tratos em crianças e jovens”, “enquadramento jurídico da intervenção”, “capacidades e competências parentais”, “intervenção socio-terapêutica com famílias e articulação interinstitucional”, e “intervenção junto de crianças e jovens vítimas de abuso sexual”.

Não podem também deixar de ser mencionadas várias iniciativas tomadas por alguns Núcleos para sensibilização e informação do público acerca da problemática dos maus tratos a crianças e jovens. Refira-se, a título de exemplo, a organização, pelo NHACJR do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, de uma “caminhada solidária” sob o lema “dê a mão às crianças, caminhe pela prevenção dos maus tratos”, que congregou cerca de 500 participantes, e de um “jantar solidário”, com 350 pessoas, sob o mesmo lema, ou, por parte do NHACJR do Hospital de Faro, a organização da “semana da não violência”.

No que respeita ao **Microsite “Crianças e Jovens em Risco”**, criado em 2011 na página www.dgs.pt, da Direção-Geral da Saúde, acedível em <http://www.dgs.pt/ms/11/default.aspx?pl=&id=5526&acess=0> o incremento da informação disponível ficou aquém da expressão do expectável, fruto de condicionantes diversas.

Enquadramento no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

Por outro lado, houve investimento acentuado na satisfação de uma necessidade que, há muito, vinha a ser sentida pelos profissionais ligados à prevenção dos maus tratos em crianças e jovens: a de que esta matéria adquirisse uma muito maior relevância no programa nacional sobre saúde

infantil e juvenil, colocando maior ênfase na deteção das situações de risco e de perigo e no desenvolvimento de estratégias de intervenção mediante uma articulação privilegiada entre o PNSIJ, a ASCJR e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Neste contexto, a ASCJR foi chamada a participar, de forma efetiva, na elaboração do novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que veio a entrar em vigor a 1 de Junho 2013 (publicado sob a forma Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 010/2013, de 31 de Maio de 2013, acessível em www.dgs.pt), reformulando-se assim a versão criada em 2005.

Para que se concretizasse essa nova centralidade no Programa, houve lugar a trabalho preparatório complexo, mas concertado, da ASCJR com a Equipa Redatorial do Programa. A colaboração estreita assim estabelecida estendeu-se aos diferentes grupos de trabalho que levaram a cabo outras tarefas ligadas à feitura e operacionalização do PNSIJ, nomeadamente, a atualização do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (para o sexo feminino e para o sexo masculino) em suporte de papel e a criação de uma versão correspondente em suporte informático, o agora designado E-boletim.

Ainda no âmbito destas novas orientações para a vigilância em saúde infantil e juvenil, e na sequência da necessidade de operacionalização das mesmas, houve que dar início à tarefa, morosa e sempre difícil, de atualizar os principais programas informáticos de apoio à prática da Medicina e da Enfermagem (SAM e SAPE). A participação nesta atividade por parte da Comissão de Acompanhamento da ASCJR afigurou-se muito proveitosa para o desenvolvimento da Ação, porquanto veio a permitir colmatar uma lacuna importante no apoio à atividade dos Núcleos, ou seja, a dificuldade em assegurar registos eletrónicos.

De facto, tendo-se verificado, em 2012, as conhecidas restrições orçamentais nas atividades da Administração Pública, não foi possível assegurar base financeira para a conclusão da aplicação informática, apontada no Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, para o suporte direto à ASCJR. Contudo, a citada atualização dos programas SAM e SAPE na área da saúde infantil e

juvenil, iniciada nesse ano e continuada em 2013, permite dotar os utilizadores de recursos eletrónicos para o registo de informação sobre deteção de fatores de risco, sinais e sintomas de maus tratos, gestão clínica e encaminhamento das situações, assim como para a produção de informação estatística e de carácter epidemiológico sobre a matéria. Nesta tarefa, houve particular intervenção da Equipa de Análise ligada à Comissão de Acompanhamento da ASCJR.

Cooperação interinstitucional e articulação funcional

No seguimento do que vinha a acontecer em anos anteriores, a ASCJR, tanto no que respeita à Comissão de Acompanhamento como às Coordenadoras Regionais e aos Núcleos, foi solicitada para participar em iniciativas no âmbito da informação e da formação, organizadas por outras estruturas e entidades da Saúde e de outros setores, em particular Justiça, Segurança Social e Administração Autárquica.

Ainda no domínio da cooperação interinstitucional, merece destaque a continuidade que foi dada ao bom entendimento funcional da ASCJR com a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, concretizado de diversas formas. Por exemplo, foi neste contexto que se tornou possível organizar, em cooperação mútua, um “Encontro Temático com as CPCJ”, realizado no Porto a 14 de Dezembro, subordinado ao tema " Virtualidades e responsabilidades da Saúde no quadro do Sistema de Promoção e Proteção. A intervenção dos Serviços de Saúde enquanto entidade de 1ª linha e a sua articulação com as CPCJ ".

No encontro, participaram mais de duas centenas de profissionais, quer ligados às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, quer à rede de Núcleos da ASCJR e a outras áreas de intervenção junto destes grupos etários, nos ACES, nos Hospitais com atendimento pediátrico e nas Unidades Locais de Saúde (ULS).

Em Outubro de 2012, na sequência de acordo de colaboração anterior, foi celebrado um novo Protocolo da Colaboração entre a Direção-Geral da Saúde, a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e a Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, tendo em vista consolidar mecanismos de articulação entre as várias entidades estruturas e programas com responsabilidade em matéria de proteção das crianças e dos jovens, assim como fomentar o desenvolvimento de boas práticas profissionais nestes domínios.

No que se refere à atividade dos Núcleos, não é demais salientar que esta também assenta, em particular a gestão da casuística, na efetiva articulação com outras estruturas da comunidade, dentro e fora da Saúde, tanto com as entidades com competência em matéria de infância e de juventude, como com as CPCJ e os Tribunais.

No ano de 2012 esta característica voltou a adquirir relevo, conforme os dados da atividade dos Núcleos podem documentar (*ver adiante*).

II - Desenvolvimento da Rede de Núcleos

Em 2012, as vicissitudes ligadas ao continuado processo de reorganização das estruturas do Serviço Nacional de Saúde voltaram a condicionar a estabilidade e a dinâmica de constituição e manutenção em funcionamento efetivo dos Núcleos, em particular nos ACES, mas também nas Unidas Locais de Saúde (ULS) e, até, nos Hospitais. Esta matéria tem sido objeto de referência mais detalhada em relatórios anteriores.

Nas avaliações regionais efetuadas pelas 5 ARS, as equipas dos Núcleos continuam a referir o mesmo tipo de dificuldades na ação, as quais vão da dificuldade de harmonizar recursos humanos como tempo semanal de atividade e a casuística surgida até ao, por vezes, precário suporte e envolvimento institucional nestas atividades.

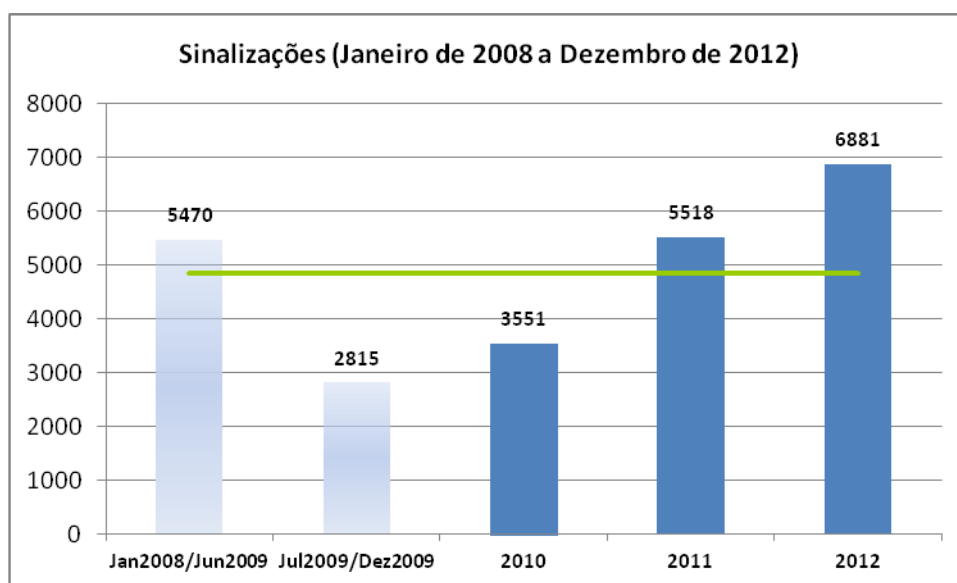
III - Actividade dos Núcleos

Sinalizações efetuadas

Na rede de Núcleos da ASCJR, no decurso de **2012**, foram registadas **6815** sinalizações.

Desde 2008, ainda na fase de projeto anterior à criação da ASCJR, até ao final de 2012, o número de sinalizações registado evidenciou tendência de crescimento, num total acumulado de 24169 casos, com um valor médio anual de 4847 casos¹ (Figura1).

Figura 1



Em valor percentual, o aumento anual pode ser observado no Quadro I. A título de exemplo, refira-se que o aumento registado no número de casos, de 2011 para 2012, cifrou-se em 25% (Quadro I).

¹ Em 2008 e 2009, por condicionalismos vários, a apresentação dos dados só foi possível concretizar acoplando os dados do I semestre de 2009 aos do ano anterior, figurando em separado os do II semestre daquele ano.

Quadro I - Acréscimo do número de sinalizações, em 2012, face a anos anteriores

Ano	N.º de casos	Acréscimo em 2012 (n=6815)
2008+2009(1ºSem)	5470	26,0%
2009 (2ºSem)	2815	144,0%
2010	3551	94,0%
2011	5518	25,0%

Esta tendência de crescimento poderá refletir um efetivo número aumentado de situações que envolvem suspeita ou perpetração efetiva de maus tratos a crianças e jovens – fenómeno ao qual, sendo verdadeiro, não será alheio o contexto de crise global que as comunidades enfrentam nos últimos anos.

Contudo, não pode deixar de ser realçado o facto de que, tanto a maior sensibilização e capacidade de deteção de contextos e sinais de risco ou de perigo, por parte das equipas e dos serviços de saúde, como o desenvolvimento de formas mais concertadas de cooperação e de intervenção têm contribuído para este panorama, de uma forma assinalável.

Acompanhamento e encaminhamento dos casos sinalizados

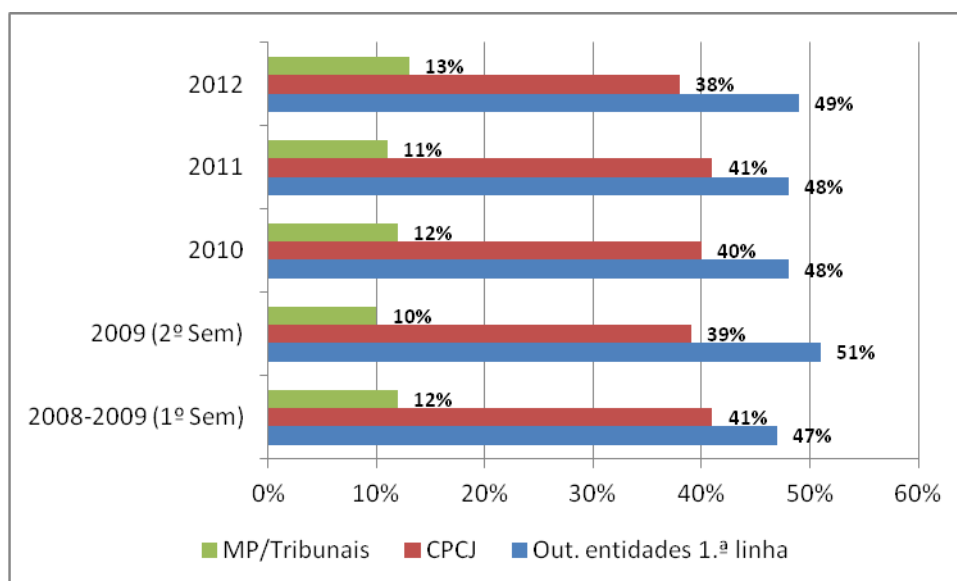
Em 2012, de acordo com os dados disponíveis, os casos sinalizados a outras instituições representaram cerca de **47%** do número de casos sinalizados através da rede de Núcleos², no mesmo período. Este dado, face ao

² Não inclui, neste item, dados referentes à ARS Centro, por indisponibilidade de dados totais no momento da avaliação.

assinalado em anos anteriores, parece apontar para um aumento na capacidade própria de gestão dos casos por parte dos serviços de saúde onde se processa a sinalização, contribuindo para uma mais efetiva aplicação do *princípio da subsidiariedade*, conforme a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo determina.

No que respeita aos encaminhamentos em 2012, a distribuição dos casos pelas entidades que foram convocadas, tendo em conta os três níveis de proteção estabelecidos na Lei 147/99, de 1 de Setembro, foi a seguinte: **49%** para outras Entidades de 1ª linha, **39%** para CPCJ e **12%** para Ministério Público/Tribunais. Tais valores encontram-se alinhados com o verificado em anos anteriores (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos encaminhamentos por níveis de proteção, 2012³ (%)

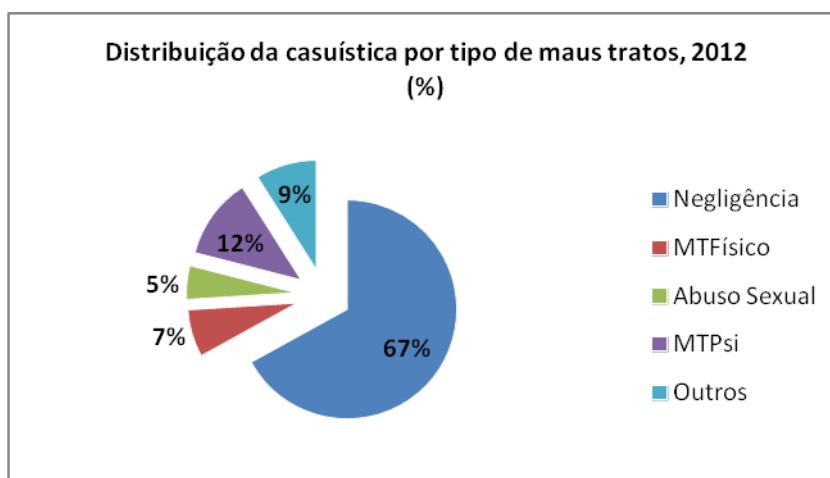


³ Neste item, são quantificados os encaminhamentos efetuados e não os casos encaminhados, dado que, em situações pontuais, uma mesma situação mereceu referência dupla para entidade de 1º nível e CPCJ, ou para entidade de 1º nível e MP/Tribunal.

Tipificação dos maus tratos sinalizados

No que respeita à distribuição da casuística pelos diferentes tipos de maus tratos, há a registar em 2012, uma vez mais, a grande prevalência de situações classificadas como “Negligência”, atingindo um valor de **67%**. De realçar também que, neste ano, na categoria de “Outros” foram assinalados 9% dos casos⁴ (Figura 3).

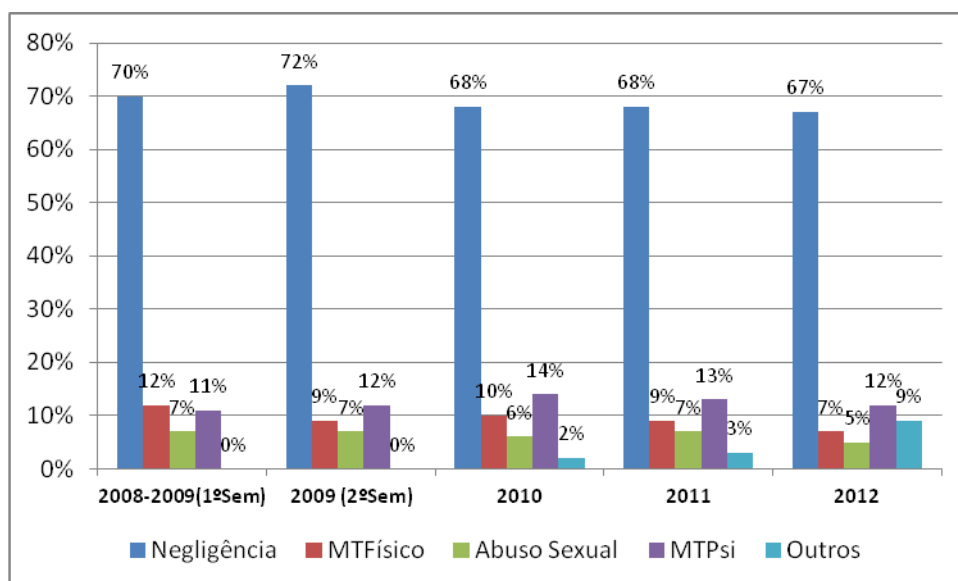
Figura 3



É de realçar o facto de que o perfil da distribuição dos casos por tipo de maus tratos tem vindo a revelar-se semelhante nos 5 anos já estudados, verificando-se de forma persistente uma larga predominância de situações tipificadas como de Negligência, mesmo que pareça esboçar-se uma ligeira diminuição das mesmas, sem qualquer outro aspeto relevante a assinalar no que respeita a outros tipos, salvo o surgimento, em 2012, de um valor de 9% para a categoria “Outros” (Figura 4).

⁴ A grande maioria das situações assim consideradas dizia respeito à casuística dos NHACJR na ARS Centro, as quais, de acordo com a síntese avaliativa elaborada, em versão provisória, naquela ARS, foram assim classificadas por ter sido “sentida a dificuldade em integrá-las numa das outras categorias definidas”. Tal assunto implica, necessariamente, estudo mais detalhado a desenvolver posteriormente.

Figura 4 - Distribuição da casuística por tipo de maus tratos (%)



Notas finais

Como notas mais salientes do trabalho realizado em 2012 no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, merecem destaque as seguintes:

- Em termos globais, houve forte investimento numa maior ligação desta área de intervenção ao novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, então em fase inicial de (re)construção, seguindo os princípios da intervenção sistémica, particularmente caros em matéria de saúde das crianças e dos jovens, tendo em vista a prestação efetiva de cuidados integrados.
- Tal movimento verificou-se, não apenas nos conteúdos programáticos, mas também na elaboração de documentos de suporte ao Programa, nomeadamente o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil nas suas diferentes versões.
- Durante o ano em apreço, verificou-se um acréscimo expressivo no número de casos sinalizados na rede de Núcleos, rondando os 25%.
- Há que realçar, contudo, não ser possível apurar, de forma rigorosa, se este dado corresponde a um aumento efetivo do número de casos, tão só a uma maior sensibilização e capacidade de deteção do problema, ou se se trata do resultado conjunto de ambos os fenómenos.
- Por outro lado, a dimensão e evolução dos números apurados, independentemente das limitações metodológicas do processo, não deixa de indiciar uma muito mais elevada magnitude do problema do que aquela que a casuística apurada expressa. Há, por isso, que reforçar a capacidade de resposta por parte da Saúde à questão dos maus tratos a crianças e jovens.

- Por último, não pode deixar de ser referida a criação da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), através do Despacho n.º 6378/2013, de 16 de Maio, que veio expandir o âmbito do que se pretende ser uma resposta mais sistematizada da Saúde à questão dos maus tratos ao longo do ciclo de vida.
- Neste contexto, aquilo que tem sido, e continuará a ser, a intervenção da Rede de Núcleos da ASCJR não pode deixar de ser equacionada, agora, neste novo contexto. De facto, o desafio que se coloca agora é o de, sem perda de identidade das funções e formas de intervenção que lhe foram atribuídas pelo Despacho 31292/2008 (e reafirmadas no Despacho publicado em Maio último), os Núcleos, agora em interpenetração com as novas Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), serem capazes de potenciar o seu trabalho de prevenção dos maus tratos em crianças e jovens numa âmbito mais expandido da sua intervenção.

Também agora, para que a resposta a esse novo desafio seja efetiva, haverá que ser mantida a presença deste modelo de intervenção nas políticas e nos programas de saúde, assegurando o suporte institucional necessário e preservando a autonomia funcional das equipas, independentemente do modelo organizativo vigente, dos serviços e/ou da unidade em que estejam inseridos – requisito que se tem revelado basilar para o bom desempenho das mesmas.

Lisboa, 09 de Outubro de 2013

Vasco Prazeres

Coordenador da Comissão de Acompanhamento da
Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco