



ACÇÃO DE SAÚDE

PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Comissão de Acompanhamento

RELATÓRIO 2010

Direcção-Geral da Saúde

Fevereiro de 2011

Índice

Notas Iniciais.....	3
Comissão de Acompanhamento	6
Coordenação global da Acção.....	6
Coordenação pedagógica, apoio à formação e documentação técnica.....	6
Equipa de Análise.....	10
Cooperação interinstitucional e articulação funcional.....	12
Desenvolvimento da Rede de Núcleos.....	14
Actividade dos Núcleos	19
Actividade dos NACJR e dos NHACJR	20
Tipologia dos maus tratos nos casos sinalizados.....	21
Nota final	23
Anexos.....	27

Notas Iniciais

O presente documento tem por objectivo relatar a actividade desenvolvida, em 2010, no âmbito da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, tanto a nível da actividade no terreno, como das coordenações a nível regional e central, através da Comissão de Acompanhamento.

No período em questão, muitos dos factores que, no ano anterior, haviam condicionado, de forma substantiva, o andamento dos trabalhos continuaram a fazer sentir-se. Assim:

A transformação que em curso, no que respeita à organização da Rede de Cuidados de Saúde Primários, teve, e continua a ter, implicação assinalável no processo de finalização e consolidação da rede de Núcleos, porquanto:

- A organização das diferentes unidades funcionais dos ACES tem implicado movimentação acentuada a nível dos efectivos dos vários grupos profissionais, com a consequente dificuldade de estabilização quanto à composição das equipas interdisciplinares dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Tal limitação refere-se não só ao nº de profissionais que os integram, mas também à necessidade de, em diversas regiões do País, alguns profissionais integrarem/apoiarem, em simultâneo, vários Núcleos, em particular assistentes sociais e psicólogos.

- Por outro lado, os constrangimentos actuais na alocação de recursos, em concreto, de meios humanos, têm tido também impacte na constituição de novas equipas e, em alguns casos, na manutenção das pré-existentes.
- Mas é de assinalar também, que, no processo de alargamento da rede de Núcleos ora em curso, se tem constatado um fenómeno muito positivo, ou seja, o da multiplicação de Núcleos a partir das “motivações internas” sentidas no próprio ACES. De facto, em 2010, ao contrário do movimento verificado no ano anterior, em que vários ACES haviam determinado a existência de um único Núcleo (de acordo com o limite mínimo determinado no Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro) verificou-se a constituição de novos Núcleos em ACES onde apenas havia um, descentralizando-se ainda mais a intervenção das equipas, aproximando-as das comunidades e dos parceiros de primeira linha na acção junto das crianças e jovens em risco.
- Há que notar, ainda, o facto de a reorganização dos cuidados de saúde primários estar a propiciar uma maior ênfase à questão dos maus tratos a crianças e jovens, quanto às atribuições cometidas aos serviços e às unidades que os compõem.

No que respeita ao processo de constituição de novos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR), e sedimentação dos já existentes, não têm sido constatadas dificuldades de maior, salvo raríssimas excepções; tal dever-se-á ao facto de a estrutura interna das unidades hospitalares não estar, de momento, a passar por um processo de transformação tão marcante como a nível da rede de cuidados de saúde primários.

É de salientar, igualmente, que no ano em apreço, a actividade dos Núcleos foi caracterizada por assinalável heterogeneidade, quer na comparação entre Núcleos, quer na que respeita ao percurso de cada um ao longo do tempo. A

tal facto não pode ser alheia a reformulação dos modelos organizativos e a consequente mobilidade dos profissionais já assinalada.

Se, por um lado, alguns Núcleos evidenciaram uma actividade crescente e um protagonismo assinalável, no âmbito das várias atribuições que lhes estão cometidas, outros houve em que se registou um decréscimo evidente no trabalho produzido. Registe-se também que, em alguns casos, pese embora o facto de se encontrarem formalmente constituídos, os Núcleos não revelam actividade digna de registo, fruto de constrangimentos vários que urge serem ultrapassados.

I - Comissão de Acompanhamento

Coordenação global da Acção

A **Comissão de Acompanhamento** da ASCJR, no âmbito das competências que lhe estão atribuídas, tem desenvolvido regularmente a sua actividade em articulação estreita com as Coordenações Regionais da Acção, a nível das ARS. Fruto desse trabalho concertado, tem sido possível minorar o impacte negativo de alguns dos factores atrás mencionados e, neste aspecto também, há que realçar o trabalho inexcedível das 5 **Coordenadoras Regionais**, cujo empenho tem permitido resolver ou minorar parte substantiva das dificuldades surgidas.

É de salientar, também, a colaboração estreita que estas profissionais têm prestado à Comissão de Acompanhamento nas tarefas relacionadas com a produção de documentação técnico-científica e com a elaboração da ferramenta informática de suporte à ASCJR, através da Equipa de Análise responsável pela tarefa.

Coordenação pedagógica, apoio à formação e documentação técnica

Formação inicial dos Núcleos

Dando continuidade ao processo de capacitação das equipas que constituem os novos Núcleos que vão integrando a rede, no decurso de 2010 foram realizadas mais **15 Acções de Formação Inicial**, englobando NACJR e NHACJR, nas 5 ARS, distribuídas conforme consta do **Quadro1**.

Tais momentos formativos têm vindo a ser organizados através dos Gabinetes de Formação das diferentes ARS, em articulação com as Coordenadoras Regionais e a Comissão de Acompanhamento, segundo orientação pedagógica desta.

Realizadas sob a forma de “reuniões de trabalho”, com duração média de 14 horas, estas acções têm tido por objectivo uma melhor aproximação ao âmbito da ASCJR, aos princípios e objectivos da intervenção, aos modelos organizativos e de articulação preconizados, assim como às boas práticas.

Participaram nos trabalhos elementos de diversas área profissionais – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, educadores e juristas – num total de cerca de 350 profissionais que integram as equipas interdisciplinares dos Núcleos.

Quadro 1
Acções de Formação Inicial para os Núcleos de Apoio
(2010)

ARS	N.º de Acções de Formação
ARS Norte	6
ARS Centro	6
ARSLVT	1
ARS Alentejo	1
ARS Algarve	1

Acções temáticas

Tendo em vista aprofundar conhecimentos acerca de matérias específicas no âmbito dos maus tratos, tiveram lugar diversas iniciativas por parte dos Núcleos e, na ARSLVT houve oportunidade de organizar uma formação temática sobre **Intervenção Sistémica nas Famílias**, com sessões de 7 horas semanais durante dois meses, em Outubro e Novembro.

II Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Em 9 e 10 de Novembro de 2010, realizou-se o **II Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**, no

Fórum Municipal da Maia, organizado pela Direcção-Geral da Saúde, com a colaboração da ARS Norte, I.P. e o apoio da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e da Câmara Municipal da Maia. (*Anexo I*).

À semelhança do I Encontro, realizado em Outubro de 2009, o II Encontro teve como principal objectivo sedimentar o conhecimento mútuo, a concertação de estratégias de intervenção, metodologias de trabalho e articulação funcional entre as equipas da rede de Núcleos, quer dos ACES/Centros de Saúde, quer dos Hospitais com Atendimento Pediátrico, assim como estimular a interligação com as outras entidades parceiras, a diferentes níveis, no domínio da protecção de crianças e jovens em risco.

Participaram nos trabalhos mais de **400 profissionais**, oriundos de diferentes estruturas implicadas no processo de protecção de crianças e jovens em risco e de diversas áreas científicas.

Dos inscritos, refira-se que: a) cerca de **88%** estavam ligados à rede de **Núcleos** (destes, **77%** provinham dos **ACES/CS** e **23%** dos **Hospitais**); b) fizeram-se representar **16 CPCJ** e **7 ACES**; c) participaram, ainda, profissionais da Polícia de Segurança Pública ligados ao **Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP)**, das Direcções Regionais de Educação e de outras áreas.

No que respeita à distribuição por áreas científicas, refiram-se os valores percentuais de **33%** de **enfermeiros**, **32%** de **assistentes sociais**, **18%** de **médicos**, **14%** de **psicólogos** e **3%** englobando **juristas**, **educadores de infância** e **peçoal policial**.

Outras Iniciativas de informação/formação

Por parte de quem protagoniza a ASCJR, nos diversos níveis, há que referir, também, o crescente envolvimento em iniciativas da Saúde, ou de outras entidades com responsabilidade em matéria de infância e juventude, no que

respeita à promoção e protecção dos direitos das crianças e jovens e prevenção dos maus tratos; são de salientar, neste domínio as CPCJ e as autarquias.

Documentação técnica e científica

No que respeita a documentação técnico-científica, de acordo com o programado, foi elaborado um guia destinado a apoiar a prática dos profissionais de saúde no domínio da prevenção e intervenção clínica em situações de maus tratos em crianças e jovens, denominada “**Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem e Diagnóstico**”, a editar pela Direcção-Geral da Saúde. O documento encontra-se, neste momento, em fase de revisão final por parte de um conjunto alargado de peritos, seguindo-se, de imediato, o processo de difusão.

Iniciativas futuras

No domínio da preparação dos profissionais, no que respeita a **acções futuras**, é de realçar o seguinte:

- Conforme salientado noutros documentos, ao longo do desenvolvimento da ASCJR e, em particular, nos momentos formativos iniciais e na consulta feita às equipas que já estão em actividade, tem sido constatada a indispensabilidade de **assegurar supervisão técnica** aos Núcleos. A intervenção em matéria de crianças e jovens em risco – em particular, na prevenção dos maus tratos – só pode, de facto, ser mantida em continuidade, e de acordo com as regras da boa prática, se estiverem assegurados mecanismos de **discussão de casos e de supervisão técnico-científica** do desempenho dos profissionais. Nesse sentido, a Comissão de Acompanhamento e as ARS, através das respectivas Coordenadoras Regionais da ASCJR, têm incentivado a busca de colaboração junto de personalidades e associações científicas de reconhecido mérito no domínio das crianças e jovens em risco. Nesta

matéria, é de referir que, na **ARS Algarve**, está já assegurada, para 2011, a colaboração e supervisão por parte da Associação Chão de Meninos, na área específica do Abuso Sexual.

- o **Dar continuidade e finalizar as Acções de Formação Inicial dos Núcleos** em processo de instalação, de acordo com a calendarização apontada pelas ARS, no seguimento da constituição da Rede, a nível dos ACES/Centros Saúde, das Unidades Locais de Saúde (ULS) e dos Hospitais com Atendimento Pediátrico.

Está em curso o processo de definição e calendarização das Acções a realizar nas 5 ARS.

Equipa de Análise

Desde Janeiro de 2009, a Equipa de Análise encontra-se a preparar o desenvolvimento do sistema de informação de suporte à Acção, conforme também previsto no Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro. Trata-se de um grupo de trabalho coordenado a nível da Comissão de Acompanhamento da ASCJR, em que participam a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as Coordenadoras Regionais e os departamentos de informática das respectivas ARS, com o apoio das Divisões de Estatística e Epidemiologia da DGS.

Pese embora todo o empenho e dedicação, dignos do maior realce, que a Equipa tem colocado na tarefa de construção da aplicação informática, os constrangimentos colocados nas acções de carácter administrativo ligadas ao processo têm justificado o atraso na conclusão dos trabalhos.

Durante o ano de 2010, deu-se continuidade ao trabalho de definição e estruturação da informação essencial às diferentes fases do processo de sinalização e acompanhamento de uma criança ou jovem em risco.

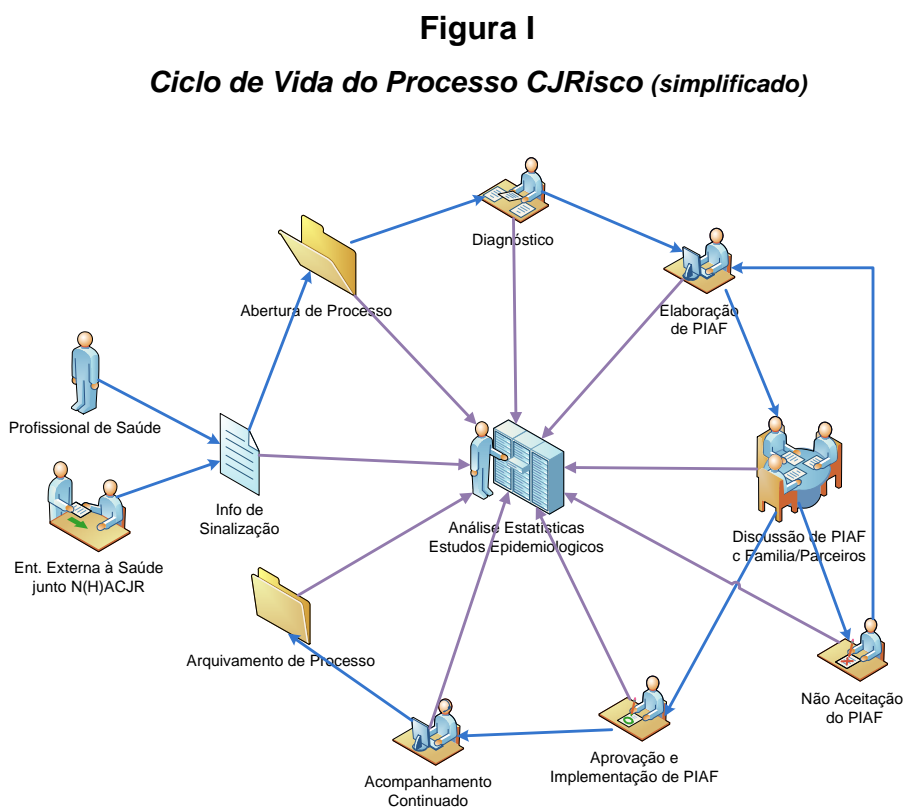
Foi lançado o caderno de encargos para a fase de análise funcional e modelação de negócio, sendo que esta etapa sofreu um atraso considerável, associado à autorização do processo de aquisição. Assim, esta fase teve início no final de Setembro de 2010 e foi concluída com sucesso em Dezembro do mesmo ano.

Foram elaborados e validados os documentos de Modelo de Negócio, Análise Funcional e Modelo de Dados, que descrevem os principais processos e actores do sistema, a sua estrutura de dados e necessidades de desenvolvimento.

No momento actual, está a ser finalizado o caderno de encargos para o concurso de aquisição do desenvolvimento do sistema.

Paralelamente, é necessário continuar a trabalhar no detalhe dos processos, reunindo informação que será essencial no momento de arranque.

De forma sucinta e simplificada, apresenta-se na **Figura I** o macro processo cuja aplicação informática de suporte está, presentemente, a ser ultimada.



Fonte: ACSS – Monteiro A.

Cooperação interinstitucional e articulação funcional

A cooperação e a articulação com outras entidades têm sido uma peça de importância crucial no desenvolvimento dos trabalhos da ASCJR.

No decurso do ano em apreço, ainda durante a vigência da agora extinta **Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)**, houve oportunidade de realizar uma reunião de trabalho com o Coordenador daquela entidade, em que foi possível concertar e clarificar ideias no respeitante a diversos aspectos da criação e sedimentação dos Núcleos no contexto da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários. Em termos práticos, reafirmou-se a pertinência das ideias-chave constantes de um **Esclarecimento Conjunto** acerca das características dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e da respectiva inserção no contexto dos ACES, emitido, em simultâneo, pela DGS e da MCSP, em Maio de 2009¹ (*Anexo II*).

Por outro lado, a cooperação, sempre frutuosa, com a **Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR)** foi sedimentada de diversas formas, nomeadamente:

- Através da colaboração mútua em diversos fóruns de discussão e acções de sensibilização e formação levadas a cabo, quer pela ASCJR e Núcleos, quer pela CNPCJR e CPCJ.
- Nas iniciativas promotoras da aplicação da **Directiva Conjunta**, produzida pelo Ministério da Saúde e pela CNPCJR, a propósito do processo de designação e das atribuições dos representantes da saúde nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), celebrada em Outubro de 2009, tendo em vista racionalizar a

¹ Já no decurso de Fevereiro de 2011, teve lugar uma reunião entre a Comissão de Acompanhamento da ASCJR e o Grupo de Coordenação Estratégica da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários a propósito deste assunto, tendo ficado acordada a emissão de novo Esclarecimento, reforçando e clarificando ideias principais do anterior documento, o qual se encontra, de momento, a ser redigido.

participação dos profissionais representantes da Saúde naquelas entidades (*Anexo III*).

- O trabalho conjunto traduziu-se, também, na concertação de ideias e nas acções respeitantes à elaboração do texto de um protocolo a celebrar entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e CNPCJR, a propósito da articulação entre Serviço Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Medicina Legal, no que se refere à articulação de processos respeitantes a actos de perícia médico-legal em situações de suspeita de abuso sexual em crianças e jovens.

Em Novembro de 2010, foi celebrado um **protocolo de cooperação** entre a **Direcção-Geral da Saúde** e a **Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género**, a **Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco** e a **Coordenação Nacional para a Saúde Mental**, sobre maus tratos em crianças e jovens e violência familiar. O acordo tem como intuito o estabelecimento de formas de articulação que consolidem a cooperação no domínio da prevenção daquelas formas de violência e da aplicação de boas práticas em matéria de prestação de cuidados (*Anexo IV*).

II - Desenvolvimento da Rede de Núcleos

A construção faseada da Rede tem vindo a ser concretizada de acordo com a metodologia que havia sido adoptada inicialmente; assim, a constituição e entrada em funcionamento dos Núcleos é gerida a nível das ARS e respectivos ACES, Hospitais e ULS. A Comissão de Acompanhamento, a funcionar na Direcção-Geral da Saúde, procede à monitorização do processo, a nível nacional.

Desta forma, no final de Dezembro de 2010, estavam constituídos, formalmente, **260 Núcleos**, sendo **216 NACJR** e **44 NHACJR**

No que respeita à preparação inicial das equipas que compõem os Núcleos, a Comissão de Acompanhamento assegura a orientação pedagógica e condução das acções de formação que são levadas a cabo.

À semelhança do que acontecera em 2008, o desenvolvimento da ASCJR tem sido condicionado, em larga medida, pelos constrangimentos já mencionados nas Notas Iniciais. A constituição e entrada em funcionamento de novos Núcleos, assim como a manutenção em actividade de outros têm sofrido alguns hiatos, em particular a Nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Nos documentos de autoavaliação de muitos dos Núcleos, são assinalados vários dos constrangimentos já referidos, assim como questões relacionadas com a falta de horários atribuídos para estas actividades e a parca disponibilidade dos outros profissionais de saúde para acompanharem as situações. No que respeita ao relacionamento com outras estruturas, é assinalada a dificuldade de articulação com diversas entidades, menos com as de 1º nível que têm competência em matéria de infância e juventude, mais com o Ministério Público e Tribunais.

Assim, no contexto descrito, o processo tem adquirido características de marcada heterogeneidade entre as diferentes ARS, ACES e ULS.

Como foi assinalado, a criação dos ACES e das novas ULS tem vindo a determinar a reformulação dos modelos organizativos dos serviços e da gestão dos recursos humanos, a qual, de forma compreensível, tem produzido impacte assinalável na construção da Rede de Núcleos, quanto ao enquadramento, estruturação e funcionamento das equipas interdisciplinares que os compõem (a este propósito, ver **Notas Iniciais**).

Verifica-se assim que, no final de Dezembro de 2010, estavam criados **216 NACJR** (**Quadro 2**) – evidenciando formas de implantação diversas nas estruturas que os enquadram e índices de actividade também diferentes.

Quadro 2
NACJR e NHACJR – 2010*

ARS	N.º de NACJR constituídos	N.º de NHACJR constituídos	N.º de profissionais envolvidos
Norte	87	18	398
Centro	75	10	285
Lisboa e Vale do Tejo	28	11	180
Alentejo	18	3	115
Algarve	10	2	51
Total	216	44	1029

* Dados provisórios

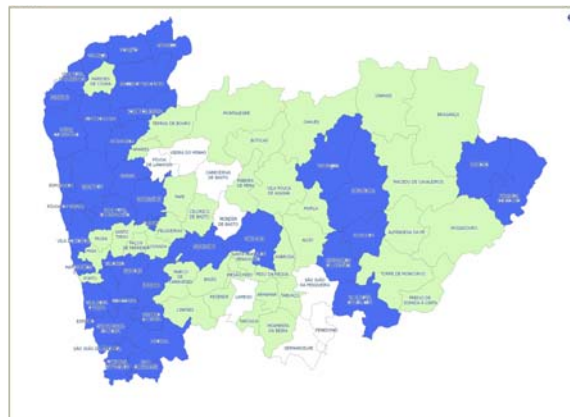
A nível Hospitalar, em Unidades com atendimento pediátrico (incluindo Maternidades e Instituto Português de Oncologia), é de referir a existência, até ao momento, de **44 NHACJR**, quer através da criação onde ainda não existiam, quer através do enquadrando na Acção dos que existiam previamente; também em ambiente hospitalar é possível encontrar níveis e formas de intervenção que diferem de Núcleo para Núcleo.

Em síntese, é de salientar que a Rede até ao momento criada permite abranger, já, uma parte substantiva do território continental, mesmo que apresentando, ainda, algumas lacunas que urge colmatar.

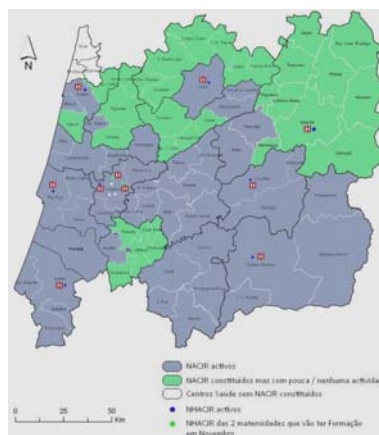
Nos mapas elaborados a nível de cada ARS, é possível ter uma ideia das áreas geográficas que se encontram, já, cobertas por NACJR e NHACJR (áreas coloridas a *azul* e *verde*, correspondendo o *azul* aos NACJR que têm actividade bem documentada) (Figura II).

Figura II
Distribuição geográfica, por ARS, dos NACJR e dos NHACJR
Dezembro de 2010

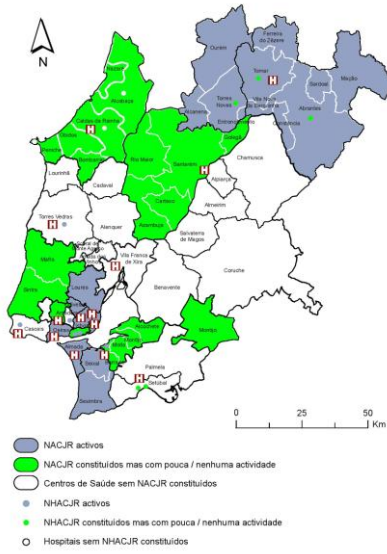
ARS Norte



ARS Centro



ARS Lisboa e Vale do Tejo

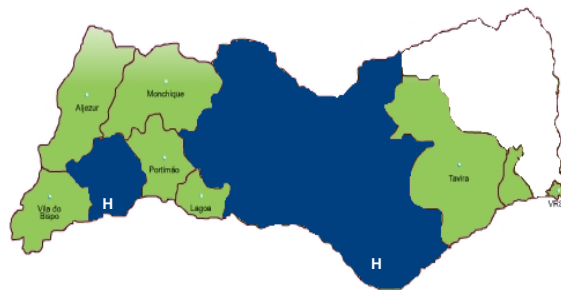


ARS Alentejo



NACJR e NHCJR

ARS Algarve



N(H)ACJR

Verifica-se assim que nas ARS Norte e Centro o processo de constituição dos Núcleos se encontra quase concluído, embora uma parte substantiva dos Núcleos não tenha, até ao momento, documentado a actividade exercida.

A ARSLVT apresenta ainda assinaláveis lacunas no que concerne ao processo de constituição de novos Núcleos (em particular, de NACJR). Por outro lado, uma parte substantiva dos Núcleos já criados não evidencia, actividade efectiva digna de registo ou, pelo menos, não a documenta.

Tal facto justifica-se, provavelmente na maior parte dos casos, devido á fase de instalação em que ainda se encontram, uma vez que muitos foram criados nos 2º, 3º e 4º trimestres do ano, sendo os primeiros meses, regra geral, dedicados às tarefas de implantação, nem sempre objecto de registo. Estará nesta situação, por exemplo, a maior parte dos Núcleos no Alentejo, recentemente criados.

III - Actividade dos Núcleos

Reflexo de vicissitudes já assinaladas, a actividade dos Núcleos tem sido marcada por diversas assimetrias regionais e por intermitências e interrupções na acção de diversas equipas, facto que se traduz nas sinalizações efectuadas, no acompanhamento de casos, encaminhamento para outras entidades e arquivamento de processos.

Conforme assinalado, o apuramento mais rigoroso das casuísticas só se tornará viável a partir da entrada em funcionamento da aplicação informática já referida.

O instrumento de registo, em suporte material, que tem sido utilizado para a recolha de informação casuística nos Núcleos e análise pela Comissão de Acompanhamento denota várias deficiências de concepção, as quais não permitem um apuramento verdadeiramente rigoroso sobre tais dados. Contudo, na expectativa de entrada em funcionamento da aplicação informática, optou-se por não introduzir qualquer alteração ao mesmo, sob risco de se induzir um factor de confusão acrescida e inviabilizar qualquer comparação com dados anteriormente apurados.

Dado tal condicionalismo, os valores aqui apontados devem ser entendidos como meramente indicativos da ordem de grandeza da expressão global das variáveis em estudo. É nessa perspectiva que devem ser entendidos os dados referidos sobre a casuística dos maus tratos, sinalização e encaminhamento dos casos, assim como a tipificação dos mesmos.

Nesta fase de desenvolvimento da ASCJR, este trabalho deve ser encarado, ainda, como um procedimento exploratório da intervenção dos NACJR e dos NHACJR.

Actividade dos NACJR e dos NHACJR²

A partir dos **dados provisórios** obtidos junto dos Núcleos cuja actividade engloba, já, o acompanhamento, directo ou indirecto de situações de suspeita/confirmação de maus tratos³, apurou-se que, no conjunto das 5 ARS, no ano de 2010, houve registo de **3551 casos** sinalizados nos Núcleos.

A distribuição regional evidencia que, naquele período, as sinalizações efectuadas nas **ARS Norte e ARSLVT** representaram, em conjunto, cerca de **2/3 do total** (34 e 33%, respectivamente)⁴.

No que respeita ao encaminhamento de casos efectuado pelos Núcleos assinala-se que **48%** foram destinados a outras estruturas/entidades do primeiro nível de intervenção em matéria de infância e juventude (com o valor máximo de 74% na ARS Alentejo e mínimo de 40% na ARSLVT), **40%** para as CPCJ territorialmente competentes (máximo de 45% na ARSLVT e mínimo de 8% na ARS Alentejo) e **12%** para Ministério Público/Tribunal (máximo de 19% na ARS Algarve e mínimo de 5% na ARS Norte) (**Quadro 3**).

Quadro 3
Casos de Maus Tratos Sinalizados nos NACJR e NHACJR
(Janeiro a Dezembro de 2010)

Encaminhamentos para outros organismos	Para entidades de 1ª linha	Para CPCJ	Para M. Público/Tribunal
	48%	40%	12%

² Dadas as limitações quanto aos dados apresentados, optou-se por não apresentá-los com grande detalhe, não fazendo, por exemplo, distinção entre a actividade nos Núcleos a funcionar nos Cuidados de Saúde Primários e a nível Hospitalar.

³ Uma parcela substantiva de Núcleos encontra-se, ainda, numa fase de instalação, de planeamento da acção, de divulgação da missão atribuída e de estabelecimento de mecanismos de cooperação com as redes interna e externa à instituição.

⁴ Há que salientar que estes dados não são, minimamente, representativos da incidência de casos por Região; trata-se, antes de mais, do reflexo da capacidade de oferta de cuidados, que é condicionada pelo número de Núcleos em actividade em cada ARS.

Solicitados a pronunciarem-se sobre os principais constrangimentos e necessidades sentidas na sua actividade nos Núcleos, uma parte substantiva dos profissionais envolvidos referiu: a) precisar de mais horas disponíveis para as actividades a nível da equipa; b) aprofundar conhecimentos em algumas matérias específicas, tais como o diagnóstico do mau trato, o enquadramento jurídico da intervenção, o fenómeno do abuso sexual, a “gestão” da confidencialidade, e a detecção precoce de sinais e sintomas, entre outros; c) necessitar de supervisão técnica do desempenho.

Tipologia dos maus tratos nos casos sinalizados

Também no que respeita à caracterização e tipificação das suspeitas/casos de maus tratos detectadas, e por razões semelhantes às já apontadas, há que ter, por enquanto, algumas reservas na interpretação dos dados apurados.

Contudo, é de salientar que pouco diferiram dos obtidos em avaliações anteriores, efectuadas em 2008 e 2009. Assim, em mais de 2/3 (68%) das situações, foi detectada a *negligência*, nas suas diversas facetas, como forma mais frequente, seguida dos *maus tratos psicológicos*, dos *maus tratos físicos*, do *abuso sexual* e de *outras formas*, incluindo a *Síndrome de Munchausen por Procuração*⁵ (Quadro 4).

Quadro 4
Distribuição dos casos sinalizados por Tipo de Maus Tratos (%)

Tipo de maus tratos				
Negligência	Mau Trato Físico	Abuso Sexual	Mau Trato Psicológico	Outras formas
68%	10%	6%	14%	2%

⁵ Com frequência, verifica-se que diferentes tipos de maus tratos coexistem na mesma situação. Contudo, tem sido prática solicitar aos Núcleos que assinalem aquela que se afigure ser a mais relevante.

Quando considerada a distribuição nas cinco ARS, encontrou-se sempre uma predominância acentuada de casos de *negligência*, variando entre 87% (ARS Alentejo) e 62% (ARS LVT).

A homogeneização progressiva dos procedimentos e dos próprios critérios de diagnóstico, virá, provavelmente, alterar a dimensão de tais diferenças entre regiões, mesmo que estas subsistam, reflectindo diversidades estruturais e conjunturais das várias populações, no que respeita à perpetração de maus tratos a crianças e jovens.

Nota final

O trabalho realizado, em 2010, no âmbito da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, em particular a colaboração estreita estabelecida entre Comissão de Acompanhamento, Equipa de Análise e Coordenadoras Regionais, permite-nos afirmar que a implantação da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco no contexto do Serviço Nacional de Saúde continua a processar-se de uma forma efectiva, mau grado a complexidade do processo no actual contexto de mudança.

O Despacho 31292/2008, de 5 de Dezembro, que cria a ASCJR, apontava para que a constituição da rede de Núcleos estivesse completada no final de 2010. Verifica-se que tal não aconteceu na íntegra, fruto dos constrangimentos mencionados ao longo do presente documento; contudo, e pese embora as assimetrias regionais que persistem, é de assinalar que, podendo contar com o empenho efectivo das ARS, a *conclusão*⁶ do processo poderá ocorrer no decurso dos próximos meses.

No que respeita à finalização da ferramenta informática de apoio à ASCJR, uma vez assegurada, a nível da ACSS, a concretização célere dos respectivos procedimentos administrativos e financeiros, o empenho já demonstrado pela

⁶ É de realçar que o termo “conclusão” não será o mais adequado, uma vez que a constituição de novos Núcleos, resultante da necessidade de assegurar uma intervenção de proximidade com as populações e com os parceiros institucionais, deve ser função da dimensão, características e dinâmica populacional, dos modelos organizativos dos serviços, dos recursos humanos disponíveis e da preservação da boa prática em matéria de prevenção dos maus tratos em crianças e jovens.

Equipa de Análise permitirá que tal venha a acontecer, previsivelmente, durante o segundo semestre do corrente ano.

Por outro lado, na prossecução dos objectivos apontados, o rigor e o empenho colocados pelas Coordenadoras Regionais da Acção nas actividades que desenvolvem, a par do brio e da persistência (por vezes, contra *ventos e marés*) revelados pela maior parte das equipas que integram os Núcleos representam um capital que urge preservar.

Assim, em termos de futuro, enquanto desafios para a continuidade da Acção, haverá que:

- Assegurar a consolidação da rede de Núcleos, mediante o suporte institucional adequado;
- Preservar a autonomia funcional dos Núcleos no exercício das atribuições que lhes estão cometidas pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, independentemente do modelo organizativo vigente, dos serviços e/ou da unidade em que estejam inseridos;
- Concluir e generalizar a utilização da aplicação informática de suporte da Acção;
- Incrementar a qualificação e efectividade das respostas mediante a aplicação de boas práticas, por parte dos profissionais na 1ª linha e pelas equipas dos Núcleos, mediante o acesso a:
 - informação técnica e científica de qualidade;
 - formação específica em matérias consideradas prioritárias;
 - supervisão técnica continuada (procedimento tido como essencial por parte da generalidade das equipas em actividade).
- Por último, conforme tem vindo a ser afirmado de forma reiterada, quer por esta Comissão de Acompanhamento, quer por muitos outros

profissionais intervenientes na área, os maus tratos em crianças e jovens – enquanto problema de saúde pública e entidade clínica complexa – merecem enquadramento efectivo nas opções futuras, em termos de políticas de saúde.

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2011

Vasco Prazeres
Coordenador da Comissão de Acompanhamento da
Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

ANEXOS

Anexo I



II Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

9 e 10 de Novembro de 2010

Fórum da Maia

Rua Eng.º Duarte Pacheco • 4474-174 MAIA

PROGRAMA

9 DE NOVEMBRO – TERÇA-FEIRA

- 08:30** **Abertura do Secretariado**
- 09:30** **Abertura dos Trabalhos**
Enf.ª Filomena Cardoso
Vogal do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP
Dr. Vasco Prazeres
Coordenador da Comissão de Acompanhamento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- 10:00** **“O fenómeno dos maus tratos como desafio em Saúde Infantil”**
Prof.ª Doutora Helena Jardim
Administração Regional de Saúde do Norte, IP
- 11:00** **Coffee-Break**
- 11:30** **“Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”**
Dr.ª Ana Jorge
Ministra da Saúde
Dr. Francisco George
Director-Geral da Saúde
Dr. Manuel Marques Nogueira dos Santos
Vereador do Pelouro da Saúde da Câmara Municipal da Maia
Prof. Doutor Fernando Araújo
Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP
Juiz Conselheiro Armando Leandro
Presidente da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco
Dr. Vasco Prazeres
Coordenador da Comissão de Acompanhamento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- 12:30** **Almoço livre**
- 14:30** **“Prevenção e diagnóstico da negligência e outros tipos de maus tratos em crianças e jovens”**
Prof.ª Doutora Jeni Canha
Centro Hospitalar de Coimbra
- 15:30** **Coffee-Break**
- 15:45** **“Intervenção e articulação da Saúde com o Ministério Público em matéria de maus tratos a crianças e jovens”**
Dr.ª Joana Marques Vidal
Procuradora Geral Adjunta em P. Delgada
- 16:45** **Encerramento dos trabalhos**

10 DE NOVEMBRO – QUARTA-FEIRA

- 09:45** **“Contributo da Saúde para as CPCJ – contributo das CPCJ para a Saúde...”**
Juiz Conselheiro Armando Leandro
Presidente da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco
- 10:45** **“Aplicação informática da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” – ponto de situação**
Dr.ª Arlete Monteiro
Administração Central do Sistema de Saúde
- 11:15** **Coffee-Break**
- 11:45** **“Articulação entre Núcleos dos CSP e Hospitalares”**
Dr.ª Maria de Lurdes Amaral
Centro Hospitalar de Coimbra
“Um pé em cada lado”
Dr.ª Marta Chaves
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
- 12:30** **Almoço livre**
- 14:30** **“Impacte da negligência no desenvolvimento da criança e do jovem”**
Dr. Augusto Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Central
- 15:30** **Coffee-Break**
- 15:45** **“Água mole em pedra dura...”**
Dr.ª Edite Branco
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
“Homens e mulheres dos sete instrumentos”
Dr.ª Carmo Velez
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
“Milagre da multiplicação dos Núcleos”
Dr.ª Anabela Resende
ACES Porto Ocidental
- 16:45** **Encerramento**

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Em parceria com:



Com o apoio da:



Anexo II

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Esclarecimento sobre NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO - NACJR

Em **Abril de 2007**, após despacho ministerial, teve início o desenvolvimento de um projecto de intervenção sobre “crianças e jovens em risco”, em todos os centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico do Serviço Nacional de Saúde. Uma das medidas então tomadas, foi a de dar início imediato à criação de uma rede de **Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**, segundo cronograma então acordado entre as ARS e a equipa de coordenação do projecto, sediada na Direcção-Geral da Saúde. Assim, em 2008, várias dezenas de estruturas deste tipo já desenvolviam actividade nas 5 ARS, quer no contexto dos cuidados de saúde primários (Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR), quer no dos hospitalares (Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NHACJR).

Através do **Despacho n.º31292/2008, de 5 de Dezembro**, o projecto adquiriu um novo estatuto e uma dinâmica acrescida, ao ser criada a **Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**, dando continuidade ao trabalho até aí desenvolvido, e mantendo os princípios e as metodologias de intervenção anteriores.

Todavia, foi sentida a necessidade de compatibilizar o desenvolvimento da **Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco** com o modelo organizativo da reforma dos cuidados de saúde primários, já em curso, conforme se refere em 3.2 do citado Despacho. Para o efeito, a alínea c) de 3.3 determina o seguinte: “ *Em cada agrupamento de centros de saúde (ACES) deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respectiva organização de acordo com os normativos aplicáveis. Sempre que as características sócio-demográficas, ou outras, o exigirem, poderá haver lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES*”.

Esta formulação teve em conta a necessidade de enunciar a inserção destes núcleos de uma forma suficientemente aberta, de modo que não surgissem quaisquer incompatibilidades com o modelo organizativo final a ser preconizado para os ACES. Não houve, contudo, qualquer mudança na filosofia do processo de criação da rede de núcleos e manteve-se o objectivo primeiro de assegurar a existência de um NACJR em cada Centro de Saúde, agora tendo por horizonte temporal o final do ano de 2010. De facto, só desta forma se afigura possível concretizar os desígnios que presidiram à respectiva criação, explicitados no Despacho supramencionado, posição, aliás, já reiterada pela Ministra da Saúde.

Enquanto entidades de 1.º nível na promoção dos direitos e protecção de crianças e jovens em risco, conforme apontado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), os Centros de Saúde organizam-se, no âmbito das suas competências, de forma a proporcionar respostas concertadas e articuladas nesta matéria, tendo por parceiras as outras entidades que integram a rede social local.

Nesse sentido, em cada ACES, os NACJR actuam em articulação com as várias Unidades Funcionais que prestam cuidados de proximidade e inserem-se, em cada centro de saúde, de forma semelhante àquelas, vinculados nos mesmos termos aos órgãos de administração e fiscalização.

Assim, os NACJR, de acordo com o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, desenvolvem a sua actividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão.

Os NACJR encontram-se sediados nas instalações da unidade funcional do centro de saúde que se mostre mais adequada à sua inserção e intervêm na área geodemográfica de influência respectiva, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

No caso das Unidades Locais de Saúde (ULS), seguem-se critérios semelhantes, devendo existir um Núcleo em cada Centro de Saúde e Hospital com atendimento pediátrico que as integram – de acordo, aliás, com o preconizado na alínea e) de 3.3 do Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro.

Lisboa, 7 de Maio de 2009

Anexo III



Ministério da Saúde



AS

Ministério da Saúde
e
Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

Directiva Conjunta sobre a designação e atribuições dos representantes da Saúde nas CPCJ

A generalidade do País dispõe, já, de Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) que, sendo entidades oficiais não judiciárias, são criadas e exercem as suas funções e competências de acordo com a Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo), no âmbito dos processos de promoção /protecção dos direitos das crianças e dos jovens. Reconhecidamente, a actividade das Comissões de Protecção têm vindo a adquirir uma relevância crescente nesta matéria.

A intervenção do Sector da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelas diferentes entidades com competência em matéria de infância e juventude, cumprindo assim os comandos legais consagrados na citada Lei.

Assim, no primeiro nível de intervenção, cabe também à Saúde a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, de acordo com o princípio da subsidiariedade e no âmbito da complementaridade e articulação funcional.

MINISTÉRIO DA SAÚDE	
Gabinete <u>MS</u>	
Entrada N.º <u>11032</u>	Data <u>01/10/09</u>
Entidade _____	Class. <u>010.01.03</u>
Proc.º <u>00164/08</u>	



Ministério da Saúde



AS

É nesse sentido que a actual Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, criada pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, mobiliza esforços no sentido de integrar o modelo organizativo dos serviços, incrementar a preparação técnica dos profissionais, ajustar mecanismos articulados de resposta às situações e promover a fluidez na circulação de informação pertinente.

Neste processo, adquire particular importância a rede de estruturas organizadas que está a ser elaborada, mediante a criação, ou reorganização, dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) nos ACES/Centros de Saúde, e dos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco nas unidades hospitalares com atendimento pediátrico (NHACJR).

Além disso, no segundo nível de intervenção, o das Comissões de Protecção, cabe também à Saúde assumir mandato efectivo no funcionamento das mesmas, quer na modalidade alargada, quer na restrita, conforme resulta da conjugação da alínea d) do Artigo 17.º e dos números 4 e 5 do Artigo 20.º da Lei de Protecção.

É de realçar a visão consensual da Saúde e dos outros parceiros envolvidos no processo de promoção e protecção das crianças e jovens em risco, na afirmação da necessidade e no reconhecimento dos benefícios da participação efectiva daquela na actividade das Comissões de Protecção, seja em modalidade alargada ou restrita.

Em 1999, aquando da publicação da Lei de Protecção, entendia-se que a representação da Saúde nas CPCJ deveria ser assegurada por um único elemento, o mais diferenciado tecnicamente, e por isso, identificado no perfil de um médico, tendo tal ficado expresso no próprio diploma.

Considerando as realidades actuais, a evolução do pensamento sobre a matéria e os novos princípios orientadores da intervenção nesta área, existem, no presente, condições para alargar a representatividade da Saúde numa Comissão de Protecção a profissionais habilitados com outros perfis de funções, para além do médico.



Ministério da Saúde



AN

Tal deve-se, por um lado, ao entendimento mais abrangente e complexo da própria entidade “maus tratos em crianças e jovens”, que também a Saúde tem vindo a assumir, o qual exige um protagonismo renovado de outras áreas técnicas do Sector. Além disso, a nova filosofia de acção, consubstanciada na reformulação dos modelos organizativos dos serviços de saúde ora em curso, que encontra base legal no já referido Despacho da Ministra da Saúde, aponta para uma realidade diferente; ao constituírem-se equipas interdisciplinares nos Núcleos que estão a ser criados em todo o País, as respostas diferenciadas aos maus tratos passam a assentar na mais valia que o trabalho concertado e multidisciplinar permite.

Neste novo paradigma de organização e de intervenção na matéria, que já não se restringe, apenas, aos saberes médicos, afigura-se oportuno que quem representa a Saúde numa CPCJ seja porta-voz desse novo entendimento científico e técnico dos maus tratos em crianças e jovens, assente numa visão global e integrada do problema.

Há que ter em conta, também, o reforço da articulação interinstitucional trazido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, ao introduzir a representação das CPCJ no Conselho Consultivo (CC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme estabelecido no artigo 31º daquele diploma. Sobre esta matéria, uma vez que a cada ACES correspondem, geograficamente, várias CPCJ, a representação das mesmas no CC deverá pautar-se pelo princípio da rotatividade entre elas.

Por outro lado, há que ter em conta o contexto actual de mudanças estruturais e funcionais na Saúde, em particular no domínio dos Cuidados de Saúde Primários. Não deixando de assegurar a efectividade da participação na actividade das CPCJ, nem abandonando responsabilidades que a Lei lhes exige, há que racionalizar e rentabilizar os recursos humanos, de molde a melhorar a efectividade e qualidade das intervenções – e, nesta conjuntura, não pode ser escamoteada a escassez de recursos humanos na área da medicina. Esta circunstância vem tornando impossível, em muitos casos, a representação dos serviços de saúde, por um médico, nas CPCJ, nomeadamente na sua modalidade restrita.



Ministério da Saúde



A reorganização dos serviços de saúde em curso, nomeadamente a criação dos Núcleos, que intervêm enquanto entidades de 1º nível na detecção e acompanhamento das situações de risco, ao permitir respostas mais adequadas, contribui para evitar uma parte substantiva das sinalizações indevidas, que, de outro modo seriam efectuadas, desde logo, para as CPCJ.

Acresce que os conhecimentos adquiridos e a experiência de trabalho num Núcleo facultam aos profissionais nele envolvidos melhores competências também para a participação nas Comissões de Protecção enquanto representantes da Saúde, dotando-os de uma maior aptidão para o exercício daquelas funções. Além disso, há que considerar ainda o facto de que, no final de cada mandato na CPCJ, a substituição do elemento da saúde que cessa funções poder passar a ser assegurada por outro profissional proveniente desse Núcleo, promovendo uma melhor continuidade da acção, permitindo, inclusive, uma rotatividade de funções entre os membros daquela entidade.

Nesta conformidade, tendo em conta a essencialidade da representação dos serviços de saúde também na comissão restrita, e no âmbito do reforço da articulação e cooperação intersectorial e interinstitucional, o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR), a propósito das funções básicas a desempenhar nas Comissões de Protecção, na modalidade restrita, por parte dos representantes da Saúde – elementos integrantes das equipas interdisciplinares dos Núcleos, sempre que possível – acordam que a representação do Ministério da Saúde nas CPCJ se oriente pelos seguintes princípios, a determinar aos serviços de saúde e a recomendar às Comissões:

- Participam em todas as reuniões da comissão restrita, preferencialmente como consultores para o esclarecimento do diagnóstico das situações e respectiva orientação, sem prejuízo da intervenção nos vários momentos de tomada de decisão;



Ministério da Saúde



- Asseguram a prática de actos de execução do Acordo de Promoção e Protecção que impliquem a intervenção específica dos serviços de saúde, facilitando a comunicação com os mesmos;
- Constituem o elemento preferencial de ligação entre os Núcleos e as CPCJ, em particular no domínio da permuta de informação, necessária e suficiente para a avaliação do risco, aplicação e execução das medidas de promoção e protecção, obedecendo aos princípios da privacidade, da intervenção mínima, do superior interesse da criança e jovem e do dever de colaboração, estatuídos, respectivamente, nos artigos 4.º e 13º da Lei 147/99, de 1 de Setembro.

Lisboa, 10 de Setembro de 2009.

A Ministra da Saúde

Ana Teodoro Jorge

O Presidente da CNPCJR

Armando Gomes Leandro

Anexo IV



see
T. ur

**PROTOCOLO ENTRE A DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE E
A COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO,
A COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO,
E A COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL**

O fenómeno da violência, nas suas diferentes formas de expressão, é hoje encarado, nas diversas instâncias internacionais, como um dos principais problemas de saúde pública, a nível mundial; envolve, de forma directa ou indirecta, pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, tendo implicações sérias, imediatas e de longo prazo, para a saúde e desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos, famílias, comunidades e países. Constitui uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, assim como uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e exercício de tais direitos e liberdades.

Os dados da investigação até aqui efectuada acerca das consequências da violência na saúde permitem afirmar que: a) os efeitos da violência podem persistir muito tempo após esta ter cessado; b) quanto mais severo é o grau de violência, maior é o impacte na saúde física e mental das vítimas; c) ao longo do tempo, o impacte de diferentes tipos de violência, e de vários episódios, parece ter um efeito cumulativo.

A violência pode ocorrer ao longo do ciclo vital, em todas as regiões do mundo, sem distinção de classe social, etnia, nível económico, de educação e religião.

A violência familiar, objecto do presente protocolo, atinge, em particular, directa e/ou indirectamente, mulheres, crianças, jovens, pessoas idosas e outras mais vulneráveis, nomeadamente as com deficiência.

Também a questão dos maus tratos na infância e juventude, em que se incluem, nomeadamente, os abusos sexuais, representa um problema sério de saúde, à escala global.



As crianças e os jovens expostos à violência encontram-se em maior risco de sofrer de um vasto leque de problemas emocionais, comportamentais e físicos, com sérias consequências a curto e longo prazos.

A nível internacional, várias medidas têm vindo a ser definidas no combate à violência. No âmbito da União Europeia, a erradicação de todas as formas de violência corresponde a uma das áreas prioritárias constantes da Estratégia Europeia para a Igualdade entre Homens e Mulheres para o período 2010-2015.

A própria Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, incumbe os Estados de “tomarem todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência” (Art.º 19º).

Por outro lado, é hoje aceite que, a curto e longo prazo, o sucesso na prevenção contra a violência dependerá, cada vez mais, de abordagens multidisciplinares e multi-sectoriais em rede, desenvolvidas numa perspectiva ecológico-sistémica.

Assim, dado que os maus tratos a crianças e jovens e a violência doméstica constituem duas vertentes do fenómeno mais global da violência, e se interpenetram frequentemente, facto, aliás, reflectido na legislação que versa sobre estas matérias e em documentação vária de carácter científico, técnico e normativo, impõe-se estreitar mecanismos de cooperação mútua por parte das entidades com intervenção nesta área, em diversos planos.

Além do olhar jurídico que o fenómeno requer, é indispensável uma visão sistémica e actual para nos ser possível analisar esta realidade, em particular, quando a violência é exercida sobre crianças e jovens, ou na sua presença.

Ao longo do tempo, muitos dos esforços têm enfatizado as respostas secundárias e terciárias à violência, direccionados para as vítimas ou para os perpetradores dos maus tratos infantis. Apesar da sua relevância, é fundamental que tais respostas sejam acompanhadas de um maior investimento na prevenção primária. Uma resposta ao fenómeno suficientemente abrangente é aquela que não só protege e apoia as vítimas, mas também promove a não-violência, reduz a perpetração de actos de violência e muda as circunstâncias e condições que primordialmente lhe dão origem.



Para além da intervenção reparadora, tal estratégia de resposta deve pressupor acções de prevenção, nas suas diferentes manifestações, que sejam concertadas entre as diferentes entidades intervenientes nestes domínios. Há que articular as iniciativas a nível da informação, da sensibilização, da formação e da procura da diminuição dos factores de risco, bem como do reforço dos factores de protecção; só dessa forma se assegurará a prossecução do objectivo essencial de contribuir para uma nova cultura fundada na interiorização da inadmissibilidade das violações dos direitos humanos - que a violência familiar e os maus tratos em crianças e jovens significam - e do dever da Sociedade e do Estado de desenvolverem as adequadas políticas, estratégias e acções para as evitar.

Em Portugal, a par das actividades desenvolvidas no âmbito do *III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007/2010)* e das prioridades que se perspectivam plasmadas no próximo *Plano Nacional contra a Violência Doméstica (PNCVD 2011-2013)*, o *Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM 2007-2016)*, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008, de 6 de Março, prevê, no seu programa, a intervenção junto dos públicos mais vulneráveis, nomeadamente em três áreas - a prevenção da violência doméstica e do abuso infantil, a integração de projectos na área da violência familiar nos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) através da formação e sensibilização dos profissionais e da disseminação de boas práticas já existentes, e o apoio a grupos em risco social.

Como estratégias de acção nestes domínios, estão previstas no Plano a articulação e cooperação com os Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade Social, com a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG), a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), visando-se a implementação do PNSM na área da violência familiar, numa lógica de trabalho em rede. A cooperação com a Direcção Geral da Saúde, no âmbito da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, é complementar destas estratégias e vem acrescentar uma mais valia na prossecução destes objectivos.

No quadro da Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (Art. n.º 53 da Lei 112/2009, de 16 de Setembro), a Acção da Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho da Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro), coordenada pela Direcção Geral da Saúde, assume uma parceria privilegiada, concretizada no terreno através da intervenção dos

*Seel
fun*

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



CIG Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género



NACJR (Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco) e dos NHACJR (Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco) localizados em todo o País.

Pelas funções que asseguram na área da prevenção e do tratamento das situações de maus tratos que afectam crianças e jovens, os Núcleos com assento legal nos termos do citado Despacho, são cada vez mais solicitados a intervir nesta matéria.

Considerados como entidades com competência na área da infância e da juventude, são, por força da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (aprovada pela Lei nº147/99 de 1 de Setembro) colocados no 1º nível de intervenção junto de crianças e jovens em risco e em perigo, desempenhando, também, um papel de interlocutores privilegiados das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Cabe-lhes, tal como aos demais parceiros, actuar a nível da prevenção primária, reforçando-a, assim como detectar as situações de risco e perigo, acompanhá-las e prestar os cuidados necessários, além de sinalizar ou solicitar apoio de outros serviços parceiros para o acompanhamento de casos de maus tratos.

À semelhança do que sucede com outras entidades que integram o sistema de protecção, a Rede Nacional de Núcleos partilha igual responsabilidade na realização desta tarefa, assumindo a violência familiar – sobretudo a que envolve crianças e jovens – carácter prioritário na intervenção.

Por outro lado, à Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, cabe acompanhar, apoiar e avaliar as CPCJ, proporcionando-lhes formação e informação adequadas no domínio da promoção dos direitos e da protecção das crianças e jovens em risco e em perigo. É-lhe ainda atribuída a responsabilidade de emitir directivas genéricas relativamente ao exercício das competências daquelas Comissões. Como tal, a temática da violência familiar, entre outras, não pode deixar de ser objecto de atenção por parte da referida Comissão.

O regime jurídico que regula este fenómeno, plasmado na Lei nº112/2009, de 16 de Setembro, prevê o recurso à cooperação prestada por entidades como os Núcleos, em linha com o que se passa com a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, conforme estabelece o nº6 do artº53º e a alínea h) do art.º 58º da referida Lei, nas situações em que a violência doméstica envolve crianças e jovens.



seef
f. l. m.

A coordenação e concretização das medidas públicas destinadas não só à tutela e defesa dos direitos das vítimas como também à prevenção e detecção de comportamentos ilícitos, que constituem a prática do crime de violência doméstica, integram algumas das atribuições da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Organismo da Administração Pública responsável pela área da Cidadania e da Igualdade de Género. Nos termos do Decreto-Lei n.º 164/2007, de 3 Maio, “a CIG tem por missão garantir a execução das políticas públicas no âmbito da cidadania e da promoção e defesa da igualdade de género”.

Importa assim reforçar processos e procedimentos agilizados, em rede, que permitam favorecer a aplicação de estratégias comuns de acção e articulação funcional efectiva.

Assim, com o intuito de estabelecer formas de articulação que consolidem a cooperação entre as diversas entidades, estruturas e programas, de molde a contribuir para a prevenção da violência familiar e dos maus tratos a crianças e jovens, assim como para o desenvolvimento da boa prática no domínio da prestação de cuidados, aos 23 dias do mês de Novembro de Dois Mil e Dez, é estabelecido o presente Protocolo de Colaboração entre:

Direcção-Geral de Saúde, adiante designada por **DGS**, serviço central do Ministério da Saúde, Pessoa Colectiva n.º 600 037 100, com sede na Alameda D. Afonso Henriques, n.º 45, em 1049-005 Lisboa, representada neste acto pelo seu Director-Geral, Francisco George,

E

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, adiante designada por **CIG**, neste acto representada pela sua Presidente, Prof.ª Doutora Sara Falcão Casaca,

E

Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco adiante designada por **CNPCJR**, neste acto representada pelo seu Presidente, Juiz Conselheiro Jubilado Armando Leandro

E

Coordenação Nacional para a Saúde Mental, adiante designada por **CNSM**, neste acto representada pelo seu Coordenador, Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida,

Que se rege pelas seguintes cláusulas:

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "f. l. m." and a star-like mark.

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



CIG Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género



Cláusula Primeira

Objecto

O presente Protocolo tem por objecto a definição da colaboração a estabelecer entre a **DGS**, a **CIG**, a **CNPCJR** e a **CNSM**, no âmbito da prevenção da violência familiar e dos maus tratos a crianças e jovens, assim como do desenvolvimento da boa prática no domínio da prestação de cuidados.

Cláusula Segunda

Objectivos

Os outorgantes comprometem-se, através do presente protocolo, e no âmbito das respectivas atribuições e competências, a promover os seguintes objectivos:

- a) Promover a prossecução de iniciativas conjuntas e de acções concertadas, na área objecto do protocolo;
- b) Promover a troca regular de informação, considerada relevante pelas partes;
- c) Consolidar esforços e rentabilizar estratégias e recursos, com vista à definição de intervenções conjuntas e à melhoria de respostas na área em causa;
- d) Especializar e adequar recursos e metodologias de actuação ao objecto de intervenção;
- e) Promover a realização de estudos e diagnósticos que visem a permanente adequação das respostas a esta problemática;
- f) Desenvolver processos e práticas inovadoras de intervenção.

Cláusula Terceira

Obrigações da DGS

A **Direcção-Geral da Saúde**, através da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, assume as seguintes obrigações:

- a) Partilhar informação de carácter técnico-científico, epidemiológico e conjuntural, no âmbito da monitorização dos contextos e factores de risco no domínio da violência familiar e dos maus tratos a crianças e jovens;
- b) Colaborar a nível da preparação técnica dos profissionais que integram as equipas interdisciplinares das entidades parceiras no âmbito do presente protocolo;



leef
f-har

- c) Cooperar em matéria de prevenção, sinalização e acompanhamento de situações de maus tratos em crianças e jovens e no domínio mais alargado da violência familiar.

Cláusula Quarta

Obrigações da CIG

A **Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género** assume as seguintes obrigações:

- a) Colaborar na definição e concretização de um Projecto de Formação na área da violência doméstica, dirigido a profissionais dos SLSM, das CPCJ, dos NACJR/NHACJR e das redes de serviços locais;
- b) Sensibilizar para as questões da violência doméstica os profissionais dos SLSM, das CPCJ, dos NACJR/ NHACJR, incluindo Técnicos/as Administrativos/as, Auxiliares de Acção Médica e outros profissionais que façam atendimento directo a utentes;
- c) Editar e distribuir material específico na área da violência doméstica e da igualdade de género;
- d) Promover acções comemorativas no âmbito da violência doméstica e da igualdade de género;
- e) Colaborar em estudos sectoriais que venham a ser delineados no âmbito deste protocolo de colaboração;
- f) Actualizar e disponibilizar um Guia (nacional) de recursos na área da violência doméstica;
- g) Actualizar e disponibilizar um Guia de Boas Práticas para profissionais de Saúde em matéria de atendimento a vítimas;
- h) Partilhar informação (nacional e internacional) sobre a problemática.

Cláusula Quinta

Obrigações da CNPCJR

A **Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco** assume as seguintes obrigações:

- a) Incluir nas acções de sensibilização/formação/accompanhamento das CPCJ a problemática da violência doméstica, em especial na vertente da vitimização das crianças, abrangendo os aspectos relativos à saúde (física e mental), os jurídicos, sociais e culturais;



- sex
7.1.2017
- b) Sensibilizar as CPCJ, na sua modalidade alargada, para, em coordenação com as entidades com competência em matéria de infância e juventude e com a Rede Social, incluírem, nos planos de actividades de prevenção primária e secundária, acções sobre a problemática da violência doméstica, conferindo especial relevo à que envolve vitimação de crianças;
 - c) Coligir, nomeadamente junto dos serviços de saúde, incluindo os da Saúde Mental, e da CIG, e transmitir às CPCJ, na sua modalidade restrita, todos os contributos e informações, relativos à violência doméstica, em especial a que envolve vitimação de crianças, que possam proporcionar diagnósticos interdisciplinares rigorosos, decisões adequadas a afastar as situações de perigo, bem como actos de execução apropriados à concretização dos referidos objectivos dessas decisões;
 - d) Contribuir para que, mediante a reorganização da recolha e interpretação de dados colhidos pelas CPCJ, a questão específica da violência doméstica vitimizadora da criança, seja reflectida no seu relatório anual, solicitando, para o efeito, a cooperação, nomeadamente, dos serviços de saúde, incluindo os de Saúde Mental, e da CIG;
 - e) Participar nas acções de reflexão, investigação, avaliação, formação e divulgação promovidas ou apoiadas pelas entidades que subscrevem o presente Protocolo.

Cláusula Sexta

Obrigações da CNSM

A **Coordenação Nacional para a Saúde Mental** assume as seguintes obrigações:

- a) Promover, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, e em colaboração com os demais parceiros, ora presentes, acções concertadas a nível da intervenção junto dos grupos mais vulneráveis; acções de sensibilização e formação dirigidas a técnicos de saúde e de outros sectores na área da violência familiar;
- b) Promover, no mesmo âmbito, a articulação dos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) intervenientes com a Rede Nacional de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e as CPCJ, de forma a colaborar na avaliação dos subsistemas em crise e na avaliação do risco associado, assim como na definição e implementação das estratégias a adoptar caso a caso e, sempre que possível, assegurar a supervisão da intervenção.



seep
f.lm

Cláusula Sétima

Custos

Os outorgantes não assumem nem se responsabilizam pelo pagamento de quaisquer despesas decorrentes da execução deste Protocolo.

Cláusula Oitava

Acompanhamento e Avaliação

1. Para a execução e avaliação do impacto desta iniciativa, comprometem-se os outorgantes a criar um Grupo de Acompanhamento com as funções:
 - a) Elaborar e divulgar um Plano de Acção, anual, baseado em experiências-piloto;
 - b) Monitorizar as acções realizadas;
 - c) Elaborar anualmente relatório de avaliação.
2. Os outorgantes designam ponto focal responsável pelo acompanhamento e execução do presente protocolo:
 - a) O ponto focal designado pela **DGS** é o Coordenador da Comissão de Acompanhamento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, Dr. Vasco Prazeres;
 - b) O ponto focal designado pelo **CIG** é a Dra. Marta Silva;
 - c) O ponto focal designado pelo **CNPCJR** é o Dr. Ricardo Carvalho;
 - d) O ponto focal designado pelo **CNSM** é a Dra. Marta Ferraz.
3. São realizadas reuniões periódicas de acompanhamento das acções desencadeadas, por iniciativa de cada um dos pontos focais designados.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1, o primeiro relatório deverá ser elaborado no final dos primeiros seis meses de vigência do presente Protocolo.

Cláusula Nona

Deveres Éticos e Deontológicos

1. As Partes comprometem-se a assegurar a manutenção permanente do cumprimento dos respectivos deveres éticos e deontológicos, incluindo a informação classificada como confidencial que venha a ser obtida ou recebida em resultado da execução do presente protocolo.

sep
f. am

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



CIG Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género



Presidência da República Portuguesa
Administração da Presidência da República



Coordenação Nacional para a
Saúde Mental

2. As Partes comprometem-se a informar o disposto no número anterior aos seus associados, trabalhadores, ou colaboradores envolvidos na execução do presente protocolo.

Cláusula Décima

Protecção da propriedade intelectual

1. Os documentos resultantes das actividades desenvolvidas no âmbito do presente Protocolo de Cooperação serão, em conformidade com a legislação aplicável, de propriedade conjunta.
2. Em caso de publicação dos resultados das actividades comuns ou partilhadas, realizadas ao abrigo do presente Protocolo, as Partes comprometem-se, reciprocamente, a solicitar consentimento prévio e formal.
3. A publicação dos documentos inclui a menção de todas as Partes.

Cláusula Décima Primeira

Dúvidas

As dúvidas suscitadas pela interpretação do presente Protocolo serão resolvidas de comum acordo entre o Director-Geral da DGS, os Presidentes da CIG e da CNPCJR e o Coordenador da CNCM, ou os seus representantes, nomeados especificamente para o efeito.

Cláusula Décima Segunda

Foro competente

Para todas as questões emergentes do presente Protocolo, e caso não seja possível um entendimento prévio nos termos da cláusula acima designada, será competente o Tribunal da Comarca de Lisboa.

Cláusula Décima Terceira

Denúncia

1. Qualquer das Partes pode, a todo o tempo, denunciar o presente protocolo desde que notifique a outra da vontade de efectuar esta denúncia, por carta registada com aviso de recepção.



2. A denúncia considera-se eficaz 60 (sessenta) dias contados a partir da data da recepção pela outra parte da notificação referida no número anterior.

Cláusula Décima Quarta

Vigência e renovação

O presente Protocolo produz efeitos a partir da sua assinatura e é válido por um ano, sendo renovável por iguais ou diferentes períodos, por acordo expresso dos seus subscritores formalizado por escrito.

O presente Protocolo é elaborado em quatro exemplares, ficando cada um dos outorgantes com um exemplar de igual valor.

Dr. Francisco George

Director-Geral da Saúde

Dra. Sara Falcão Casaca

Presidente da CIG

~~Prof. Doutor~~ Armando Leandro

Presidente da CNPCJR

Prof. Doutor José Caldas de Almeida

Coordenador Nacional Saúde Mental