

# RELATÓRIO TÉCNICO

Direção de Serviços de  
Prevenção da Doença e  
Promoção da Saúde



## AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Comissão de Acompanhamento

*RELATÓRIO 2014*



Direção-Geral da Saúde

Dezembro de 2015



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde



## Índice

<b>1 - Notas Iniciais</b>	<b>5</b>
<b>2 - Atividade dos Núcleos, a Nível Nacional</b>	<b>7</b>
<b>3 - Notas Finais</b>	<b>11</b>
<b>4 - Anexos - Relatórios das ARS, IP</b>	<b>12</b>



## 1 - Notas Iniciais

A atividade no domínio da **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)**, criada pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, tem vindo a consolidar-se no contexto do Serviço Nacional de Saúde através, antes de mais, da intervenção a nível da Rede de Núcleos já constituída – Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).

Tanto no âmbito dos cuidados de saúde primários, como no dos cuidados hospitalares, e graças ao dinamismo da maior parte das equipas que constituem estes Núcleos, tem sido possível tomar iniciativas que têm contribuído para que a prevenção dos maus tratos a crianças e jovens constitua uma tarefa já com estatuto próprio na ação dos serviços de saúde.

De acordo com as competências atribuídas, os Núcleos têm também vindo a apoiar a intervenção casuística no que se refere a crianças e jovens em risco e em perigo, tanto em tarefas de consultadoria facultada aos prestadores diretos de cuidados, como assumindo diretamente a condução de algumas situações.

No que respeita ao enquadramento da ASCJR no contexto de outros vetores de intervenção, não pode deixar de referir-se, por um lado, a articulação com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), focado na promoção e vigilância do crescimento e do desenvolvimento saudável e, por outro, a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), centrada na prevenção da violência interpessoal ao longo do ciclo de vida. No Relatório de Atividades de 2013 foi dado destaque a este entrecruzamento de linhas de ação, pelo que não será objeto de destaque no presente **Relatório de Atividades 2014**.

As equipas interdisciplinares que constituem os Núcleos têm também estabelecido articulação gradual entre serviços e instituições da saúde e com outras entidades de primeira linha que têm competência em matéria de infância e juventude, nomeadamente com as escolas, as autarquias e os serviços de segurança social; o mesmo tem vindo a verificar-se em relação às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e ao Ministério Público (MP) e Tribunais (T).

Para toda a dinâmica verificada, não será demais salientar o papel desempenhado pelas Interlocutoras Regionais da ASCJR, quer no apoio direto aos Núcleos, quer na divulgação da Ação junto de entidades parceiras noutros setores, quer na organização de ações de

formação inicial e de aprofundamento de temáticas, em articulação com os Gabinetes de Formação das ARS respetivas e com a Comissão de Acompanhamento.

Dado este desenvolvimento crescente da ASCJR a nível regional e local, entendeu-se que dos Relatórios Anuais produzidos deva passar a constar, de uma forma mais relevante e detalhada, aquilo que tem sido o trabalho desenvolvido a esse nível. Nesse sentido, o presente Relatório de Atividades de 2014 é constituído, fundamentalmente, pelos **Relatórios Regionais** produzidos a nível de cada ARS, IP, dando assim testemunho completo da atividade nelas desenvolvidas.

Contudo, não pode ser escamoteado o facto de persistirem diversas limitações no que respeita às atividades da Ação aos diferentes níveis. Para além de constrangimentos determinados pela conjuntura externa, fatores internos ligados aos modelos organizativos dos serviços, à gestão dos recursos humanos e à contratualização de tarefas e atividades nem sempre têm favorecido o desempenho mais adequado dos Núcleos, em consonância com os princípios da intervenção e com as atribuições que lhes estão cometidas. Trata-se igualmente de matéria abordada em relatórios anteriores, pelo que não caberá desenvolver aqui.

Em **2014**, existiam **260 Núcleos** em todo o Continente, correspondendo os **NACJR** a cerca de **82%** e os **NHACJR** a **18%** do total.

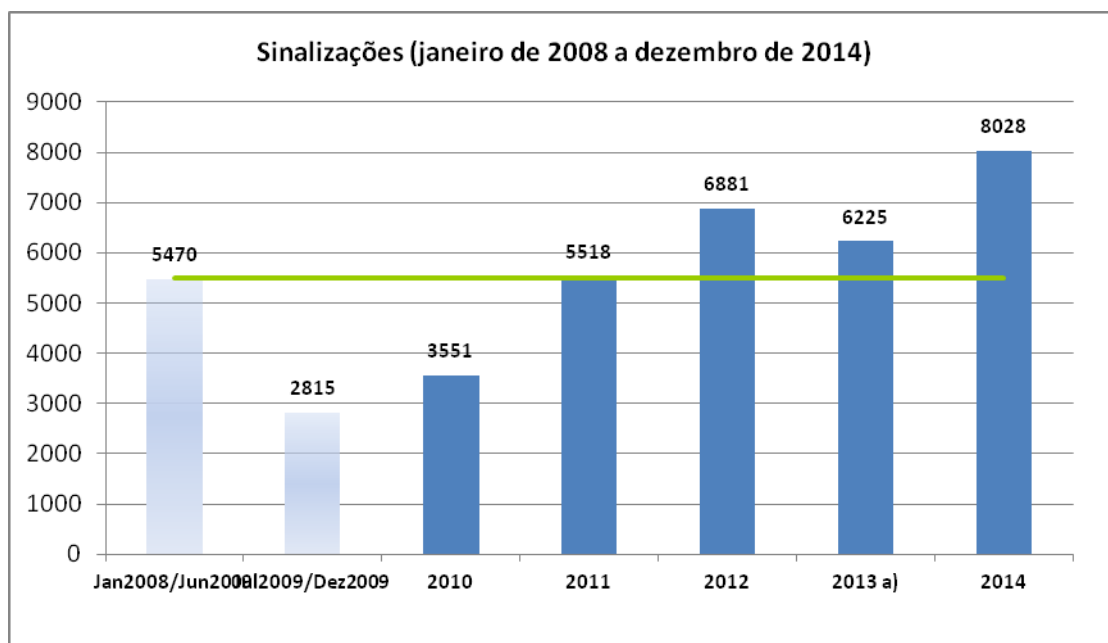
## 2 - Actividade dos Núcleos, a Nível Nacional

### Sinalizações efetuadas

Na rede de Núcleos da ASCJR, no decurso de **2014**, foram registadas **8028** sinalizações.

De 2008 a 2014, o total acumulado de sinalizações registadas foi de, pelo menos, **38488** casos, com um valor médio anual a rondar as cinco mil e quinhentas situações (**Figura1**).

**Figura 1 – Sinalizações efetuadas entre janeiro de 2008 e dezembro de 2014**



No ano de 2014, a tendência crescente no que se refere ao número de sinalizações efetuadas foi reforçada.

Contudo, não será demais salientar que tal facto poderá refletir quer um real acréscimo de situações que envolvem suspeita ou perpetração efetiva de maus tratos a crianças e jovens, quer uma crescente sensibilização e capacidade acrescida de os profissionais detetarem os casos ou, ainda, a conjugação de ambos os motivos. Além disso, a utilização de mecanismos mais agilizados de cooperação e de articulação entre os diversos serviços e entidades com competência em matéria de infância e juventude, dentro e fora do setor da Saúde, também poderá estar a contribuir para o crescimento verificado na casuística anual.

## Tipificação e distribuição, em 2014, das situações de maus tratos sinalizados, por ARS e por Sexo (%)

No que respeita à **distribuição da casuística pelos diferentes tipos de maus tratos, por ARS**, há a registar, em 2014, uma vez mais, a grande predominância de situações classificadas como “**Negligência**”, com um valor percentual de cerca de **73%** do total de casos sinalizados (**Quadro I**).

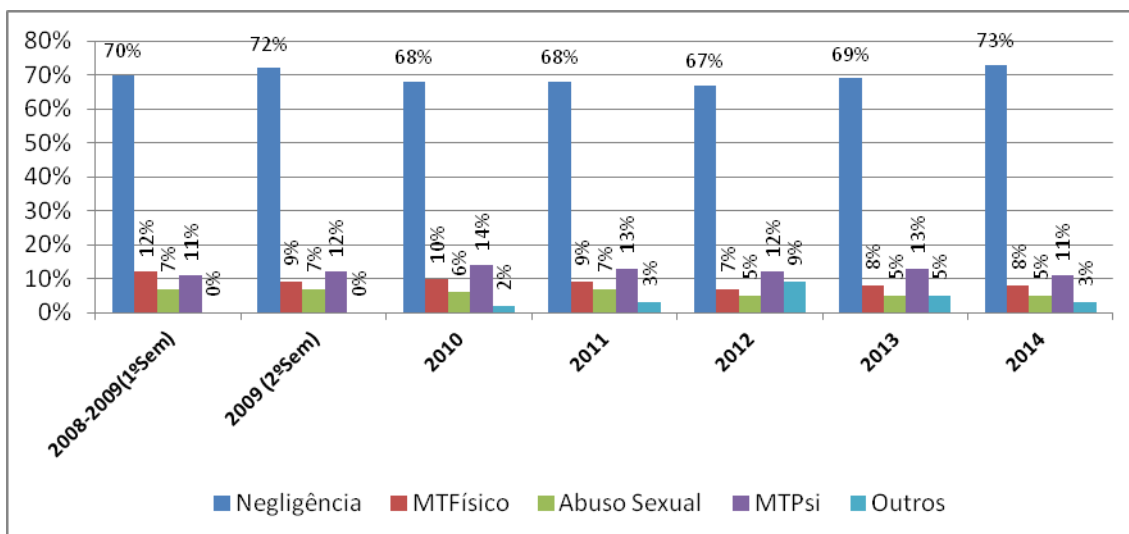
**Quadro I - Distribuição (%) das situações de MT sinalizadas nas ARS, por tipo de mau trato, em 2014**

ARS	Negligência	Mau Trato Físico	Abuso sexual	Mau Trato Psicológico	Out.
ARS NORTE	79%	6%	3%	12%	
ARS CENTRO	71%	4%	5%	11%	9%
ARS LVT	68%	12%	8%	12%	
ARS ALENTEJO	75%	8%	4%	13%	
ARS ALGARVE <sup>1</sup>	78%	7%	4%	4%	7%
<b>TOTAL</b>	<b>73%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>11%</b>	<b>3%</b>

Quando considerados os **diferentes tipos de violência** nos casos sinalizados, os valores apurados em 2014 encontravam-se alinhados com os verificados em anos anteriores. Assim, entre 2006 e 2014, a percentagem de casos de *Negligência* oscilou entre 67% e 73%, a de *Mau Trato Psicológico* entre 11% e 14%, a de *Mau Trato Físico* entre 7% e 12% e a de *Abuso Sexual* entre 5% e 7%, conforme pode ser constatado na **Figura 2**.

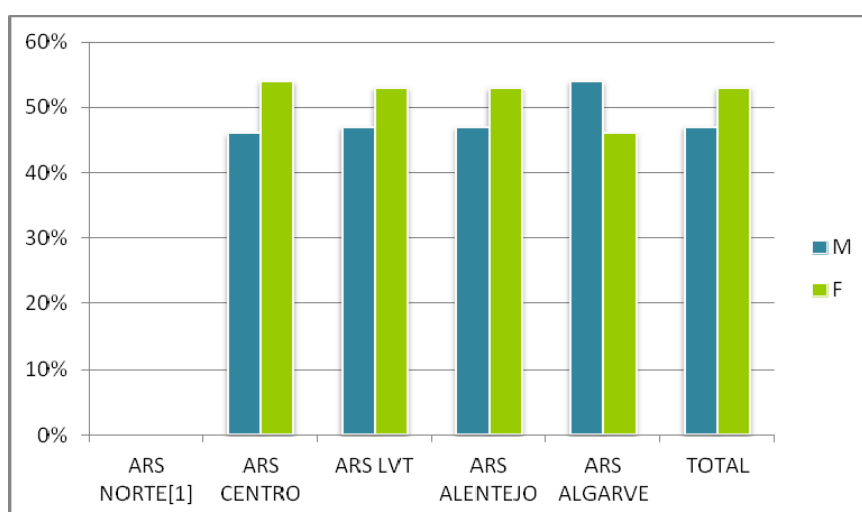
<sup>1</sup> Na ARS Algarve IP, vários Núcleos optaram por utilizar uma classificação mais detalhada de algumas situações, introduzindo, nomeadamente, a categoria “Risco Social”. No Quadro I, por uma questão de sistematização, entendeu-se ser adequado englobar os casos classificados como tal na categoria “Negligência”.

**Figura 2 - Evolução da distribuição (%) da casuística por tipo de maus tratos e ano (2008-2014)**



Tomando em consideração a **distribuição, por sexo**, dos casos sinalizados em 2014, verificou-se haver um **predomínio no sexo feminino, com 53%** do total. Considerada a distribuição dos casos por ARS, constatou-se haver também predominância do sexo feminino na casuística encontrada em três ARS, conforma se observa na **Figura 3**<sup>2</sup>

**Figura 3 - Quadro II - Distribuição (%) das situações de MT sinalizadas nas ARS, por sexo, em 2014**



<sup>2</sup> **NOTA:** A ARS Norte IP apresentou a casuística respeitante a 2014 sem dados desagregados por sexo, em virtude de a recolha dos mesmos ter ocorrido ainda antes da publicação do Despacho n.º 9/2015, de 23 março, determina que tal seja efetuado.

Em 2014, a **distribuição por ARS dos casos quando considerados, em simultâneo o sexo das vítimas e o tipo de mau trato**, revela que nas ARS LVT, Alentejo e Algarve, a *Negligência* predominou no sexo masculino, nas ARS LVT e Algarve o *Mau Trato Físico* foi preponderante também no sexo masculino, Nas ARS Centro, LVT, Alentejo e Algarve o *Abuso Sexual* predominou no sexo feminino e nas ARS Centro, LVT e Alentejo o *Mau Trato Psicológico* foi mais frequente também no sexo feminino nas ARS Centro, LVT e Alentejo.

**Distribuição das situações de MT sinalizadas nas ARS, por tipo de maus tratos e sexo**  
 (exceto out. formas)<sup>3</sup> (%)

2014

ARS	Negligênc.		Mau trato físico		Abuso sexual		Mau trato psicológ.	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>ARS NORT.</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ARS CENT.</b>	48%	52%	41%	59%	11%	89%	44%	56%
<b>ARS LVT</b>	52%	48%	56%	44%	25%	75%	49%	51%
<b>ARS ALENT.</b>	52%	48%	7% (1 caso)	93%	0	100% (3 casos)	46%	54%
<b>ARS ALG.</b>	57%	43%	60%	40%	26%	74%	55%	45%

<sup>3</sup> A ARS Norte IP, não apresentou estes dados desagregados por sexo, em virtude de ter efetuado a recolha da casuística respeitante a 2014 ainda antes da publicação do Despacho n.º 9/2015, de 23 março, que assim o determina.

### 3 – Notas Finais

Em 2014, o desenvolvimento da ASCJR deu-se na continuidade do que havia acontecido nos anos antecedentes.

Pese embora a persistência de constrangimentos, já profusamente mencionados nos relatórios anteriores, e agora mencionados de forma mais detalhada através dos relatórios regionais, tem vindo a verificar-se uma crescente relevância atribuída a esta área de intervenção no Serviço Nacional de Saúde.

O relevo dado no presente relatório àquilo que tem sido a intervenção a nível regional e local permite testemunhar o facto, não expresso apenas na casuística apresentada, mas também no número de iniciativas de informação, divulgação e formação levadas a cabo pelas ARS e pela rede de Núcleos, em geral.

Contudo, para reforço dos ganhos em Saúde alcançados em matérias de prevenção dos maus tratos a crianças e jovens, afigura-se imprescindível fomentar o entrosamento e a complementaridade entre a Ação de Saúde sobre Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. Para que tal se verifique, continua a ser necessário: a) que a prossecução das atividades nesse sentido encontre suporte institucional reforçado e continuado; b) que as intervenções estejam enquadradas e devidamente valorizadas no planeamento, execução monitorização e avaliação do trabalho desenvolvido nos serviços; que seja assegurado aos profissionais tempo efetivo de serviço nas equipas dos Núcleos e das EPVA; que seja salvaguardada a autonomia técnica e funcional dos Núcleos e das EPVA.

Lisboa, 22 de dezembro de 2015

Vasco Prazeres

Coordenador da Comissão de Acompanhamento

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

## **4 – Anexos**

### **Atividade a Nível das ARS, IP – Relatórios Regionais**

***ANEXO 1 – ARS NORTE, IP***

***ANEXO 2 – ARS CENTRO, IP***

***ANEXO 3 - ARS LISBOA E VALE DO TEJO, IP***

***ANEXO 4 - ARS ALENTEJO, IP***

***ANEXO 5 – ARS ALGARVE, IP***



Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel: +351 21 843 05 00  
Fax: +351 21 843 05 30  
E-mail: geral@dgs.pt

## **AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO**

### **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DOS NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DOS HOSPITAIS E DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE REFERENTE AO ANO 2014**

**REGIÃO NORTE**

**Realizado a 08 de Maio de 2015**

**Maria Constantina Silva**

(Coordenadora Regional para a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco)

## Índice

Introdução .....	2
Enquadramento na Região Norte .....	3
Avaliação.....	3
Avaliação Casuística dos Núcleos .....	4
Caracterização e Autoapreciação do Núcleos .....	5
Principais problemas e/ou dificuldades sentidas pelos NACJR .....	8
Principais problemas e/ou dificuldades sentidas pelos NHACJR .....	9
Necessidades de Formação .....	9
Formação .....	10
Colaboração.....	10
Conclusão .....	11
Registo da Casuística dos NACJR .....	Anexo 1
Registo da Casuística dos NHACJR.....	Anexo 2
Registo da Caracterização e Autoapreciação do NACJR.....	Anexo 3
Problemas, Formação e Endereços dos NACJR (transcrição textual).....	Anexo 4
Registo da Caracterização e Autoapreciação do NHACJR .....	Anexo 5
Problemas, Formação e Endereços dos NACJR (transcrição textual).....	Anexo 6

## Introdução

A construção de uma rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, de acordo com o Despacho nº 117/2007 de 24 de Abril a nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, é o processo fulcral do Programa de Saúde “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”.

“Para que tal se concretize, é reconhecida a necessidade dos Centros de Saúde disporem de equipas pluridisciplinares que polarizem motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições”. Assim, em cada Centro de Saúde (CS) deve existir um **Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)**.

“A nível hospitalar, a proteção de crianças e jovens em risco adquire contornos que, por um lado, se aproximam dos que se verifica existirem nos cuidados primários mas, por outro, se reveste de especificidades que merecem destaque particular”. Assim, como forma de estruturar e rentabilizar as ações neste domínio, foi indispensável assegurar o funcionamento de um **Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)**, em todos os Hospitais que prestam cuidados pediátricos.

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro que estabeleceu o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde teve, na Região Norte, uma expressão completa da reforma dos cuidados de saúde primários, no cumprimento estreito da legislação referida.

Existem na Região Norte três Unidades Locais de Saúde (Matosinhos, Alto Minho e Nordeste), integrando cada uma um ACeS. Na totalidade, na Região Norte existirem 24 ACeS. Em 2014, na Região Norte, existiam 328 Unidades Funcionais da tipologia de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), distribuídas pelos 24 ACeS.

Cada ACeS, de acordo com a legislação, inclui várias Unidades de Saúde Familiar (USF), várias Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma ou várias Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

As Unidades Funcionais existentes nos 24 ACES distribuem-se do seguinte modo:

- 102 - Unidades de Saúde Familiar – USF Modelo A
- 112 - Unidades de Saúde Familiar - USF Modelo B
- 114 - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP
- 88 - Unidades de Cuidados na Comunidade - UCC

Os profissionais que integram as equipas dos NACJR podem pertencer às seguintes Unidades Funcionais:

- UCC com a participação de enfermeiros;
- UCSP com a participação de médicos ou enfermeiros;
- USP com a participação de médico de saúde pública;
- URAP com a participação de assistente social e psicólogo.

A passagem à reforma de alguns diretores executivos dos ACeS, bem como a mobilização de profissionais entre Unidades Funcionais, durante o ano de 2014, trouxe alguma instabilidade que se repercutiu de forma negativa na atuação dos NACJR na Região Norte. Alguns NACJR foram quase completamente reformulados estando a ser solicitada formação inicial.

## Núcleos na Região Norte

### Agrupamentos de Centros de Saúde

Conforme o preconizado no ponto 3.3, alínea c) do Despacho n.º 31292/2008, em alguns ACES existem a funcionar mais do que um NACJR, numa totalidade de 50 NACJR. Foram rececionadas 50 grelhas de **casuística** e de **caracterização e autoapreciação** preenchidas. No contexto, dos ACeS que responderam, apercebemo-nos de que há Núcleos inoperantes ou em reconfiguração.

Em 2014 o número de NACJR aumentou relativamente a 2013, como se pode observar no Quadro I.

Quadro I

Ano	N.º de NACJR
2011	73
2012	65
2013	42
2014	50

Foi solicitado aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) o preenchimento das grelhas fornecidas pela Direção-Geral da Saúde, para a avaliação **da casuística e da caraterização e autoapreciação** dos NACJR e dos NHACJR, relativa ao ano de 2014.

Respondeu a totalidade dos 24 ACES (100%).

## Hospitais/Centros Hospitalares/ULS

Na região Norte existem 14 Serviços de Pediatria com internamento e urgência.

Foi solicitado aos Hospitais/Centros Hospitalares/ULS o preenchimento das grelhas fornecidas pela Direção-Geral da Saúde, para a avaliação **da casuística e da caracterização e autoavaliação** dos NACJR e dos NHACJR, relativa ao ano de 2014.

Obtivemos a resposta de 100% dos Hospitais/Centros Hospitalares/ULS. Foram reportados 15 Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) constituídos, considerando que o Centro Hospitalar do Porto, EPE tem um NHACJR no Departamento da Infância e Juventude e outro NHACJR na vertente perinatal, ambos situados no Centro Materno e Infantil do Norte (CMIN). Responderam à grelha da casuística 100% dos Núcleos Hospitalares e à grelha da caracterização e autoavaliação, na totalidade ou parcialmente, também, 100%.

### Avaliação da Casuística do Núcleos

O processamento da análise da atividade reportada pelos Núcleos da região Norte (ACeS e Hospitais) permitiu apurar os dados que se apresentam no Quadro II. Foram sinalizados 3129 casos, estando 53.1% em acompanhamento.

Foi reportado o encaminhamento, para outros níveis de cuidados:

- 41.3%. para entidades do 1.º nível;
- 47.1%. para as CPCJ;
- 11.6% para os tribunais.

Ainda, no Quadro II podemos apreciar uma avaliação comparativa entre a atividade reportada em 2012, 2013 e 2014.

Os encaminhamentos para o 1.º nível, para as CPCJ e para os tribunais em 2013 e 2104 são percentualmente semelhantes.

**Quadro II**

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE CASUÍSTICA E ENCAMINHAMENTO	2012				2013				2014			
	CONSIDERADOS 14 NHACR E 65 NACJR				CONSIDERADOS 13 NHACR E 42 NACJR				CONSIDERADOS 15 NHACR E 50 NACJR			
	NHACJR	NACJR	Total	%	NHACJR	NACJR	Total	%	NHACJR	NACJR	Total	%
<b>Total de Casos Sinalizados</b>	<b>1362</b>	<b>1903</b>	<b>3265</b>		<b>1164</b>	<b>1142</b>	<b>2306</b>		<b>1411</b>	<b>1716</b>	<b>3129</b>	
Casos em Acompanhamento	632	1861	2493	76.4%	479	893	1372	59.5%	592	1069	1661	53.1%
Casos Arquivados	455	1459	1914		341	509	850		381	692	1073	
<b>Casos Encaminhados</b>	<b>985</b>	<b>394</b>	<b>1380</b>		<b>793</b>	<b>248</b>	<b>1041</b>		<b>866</b>	<b>517</b>	<b>1383</b>	
Encaminhados para 1.º nível	436	108	544	40.4%	353	85	438	42.1%	337	233	570	41.3%
Encaminhados para CPCJ	419	187	606	43.9%	340	143	483	46.4%	394	258	652	47.1%
Encaminhados para Tribunal	131	99	230	16.7%	100	20	120	11.5%	135	26	161	11.6%

Os Maus Tratos, identificados, distribuíram-se de acordo com as tipologias expressas no Quadro III.

À semelhança do verificado em 2013 e em 2012, a negligência é o mau trato mais identificado (78.9%) quer pelos Núcleos hospitalares, quer pelos Núcleos dos cuidados de saúde primários. Também, à semelhança do verificado em 2013 e em 2012, a segunda causa de mau trato é a de origem psicológica (14.5%).

**Quadro III**

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE CASUÍSTICA E ENCAMINHAMENTO	2012				2013				2014			
	CONSIDERADOS 14 NHACR E 65 NACJR				CONSIDERADOS 13 NHACR E 42 NACJR				CONSIDERADOS 15 NHACR E 50 NACJR			
	NHACJR	NACJR	Total	%	NHACJR	NACJR	Total	%	NHACJR	NACJR	Total	%
Negligência	563	1140	1703	75.1%	542	989	1531	77.7%	604	1187	1791	79.0%
Mau Trato Físico	87	97	184	8.1%	71	37	108	5.4%	95	48	143	6.3%
Abuso Sexual	72	29	101	4.5%	29	16	45	2.3%	44	28	72	3.2%
Mau Trato Psicológico	95	186	281	12.3%	167	120	287	14.5%	66	196	262	11.5%
<b>Total</b>	<b>817</b>	<b>1452</b>	<b>2268</b>		<b>809</b>	<b>1162</b>	<b>1971</b>		<b>809</b>	<b>1459</b>	<b>2268</b>	

#### Caracterização e Autoapreciação dos Núcleos

Os Quadros IV e V refletem, respetivamente, a caracterização e a autoapreciação dos NACJR e dos NHACJR no triénio 2012-2014.

O Quadro IV apresenta a caracterização dos Núcleos em atividade nos ACeS.

**Quadro IV**

NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)	2012		2013		2014	
	CONSIDERADOS 65 NACJR		CONSIDERADOS 44 NACJR		CONSIDERADOS 50 NACJR	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%
Existência de Plano de Atividades (PA)	51	78.5%	31	70.5%	36	72%
PA apresentado aos profissionais	40	61.5%	20	45.4%	27	54%
PA apresentado à CPCJ	22	33.8%	13	29.5%	15	30%
Conhecimento pelos profissionais	29	44.6%	27	61.4%	31	62%
Instalações Próprias	18	27.7%	16	36.4%	20	40%
Existência de Arquivo	37	56.9%	31	70.5%	38	76%
Existência de Apoio Informático e Net	40	61.5%	33	75.0%	38	76%
Existência de Telefone	34	52.3%	26	59.1%	33	66%
Existência de Horário Específico	30	46.2%	21	47.7%	30	60%
Periodicidade Mensal de Reuniões	14	21.5%	6	13.6%	12	24%
Periodicidade Semanal de Reuniões	19	29.2%	6	13.6%	10	20%
Periodicidade Quinzenal de Reuniões	8	12.3%	12	27.3%	10	20%
Atividade na Comunidade	21	32.3%	13	29.5%	26	52%

Comparativamente com 2013 os NACJR, em 2014, apresentam:

- Maior número de NACJR com Plano de Atividade: 72.0% relativamente a 70.5% em 2013. É, contudo, menor que em 2012 (78.5%).
- Maior número de NACJR a apresentar o Plano de Atividades aos Profissionais do ACeS (61.5% em 2012, 45.4% em 2013 e 54.0% em 2014).
- Menor número de NACJR a apresentar o Plano de Atividades de atividades às CPCJ relativamente a 2012 (33.8% em 2012 e 30.3% em 2014).
- Regista-se, em 2014, o aumento do número de NACJR com horário específico para os profissionais. Independentemente desta informação há referências, nos problemas anunciados por alguns Núcleos, de que apesar da existência de horário específico há dificuldade de encontro da equipa, por múltiplas funções desses elementos.
- Maior atividade na comunidade.

O quadro V apresenta a caracterização dos Núcleos Hospitalares.

**Quadro V**

NÚCLEOS HOSPITALARES DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NHACJR)	2012		2013		2014	
	CONSIDERADOS 14 NHACR		CONSIDERADOS 12 NHACR		CONSIDERADOS 15 NHACR	
	Sim	Sim	Sim			
Existência de Plano de Atividades (PA)	12	12	12	100%	11	73.3%
PA apresentado aos profissionais	11	11	8	66.7%	8	53.3%
PA apresentado à CPCJ	4	4	5	41.7%	3	20.0%
Conhecimento pelos profissionais	12	12	8	66.7%	11	73.3/
Instalações Próprias	4	4	3	25.0%	5	33.3%
Existência de Arquivo	9	9	9	75.0%	13	86.7%
Existência de Apoio Informático e Net	10	10	11	91.7%	10	66.7%
Existência de Telefone	6	6	7	58.3%	5	33.3%
Existência de Horário Específico	4	4	4	33.3%	4	26.7%
Periodicidade Mensal de Reuniões	6	6	2	16.7%	6	40.0%
Periodicidade Semanal de Reuniões	6	6	7	58.3%	7	46.7%
Periodicidade Quinzenal de Reuniões	0	0	0	0.0%	0	00.0%
Atividade na Comunidade	10	10	5	41.7%	10	66.7%

Os dados comparativos relativos à caracterização dos NHACJR e dos NACJR em 2014, podem ser apreciados no Quadro VI. Neste mesmo Quadro apresentam-se os dados comparativos do triénio 2012 - 2014.

- A percentagem de planos de atividades elaborados e apresentados aos profissionais da instituição a que pertencem é semelhante nos NHACJR e nos NACJR. Esta percentagem baixou relativamente a 2012.

- A apresentação do plano de atividades às CPCJ foi maior pelos NACJR.
- É maior a quantidade de NACJR que refere ter instalações próprias nos NACJR.
- O número de NHACJR e de NACJR com arquivo próprio aumentou em 2014 relativamente aos anos anteriores.
- As reuniões de periodicidade semanal são mais frequentes nos NHACJR (46.7% nos NHACJR e 20.0% nos NACJR)
- A atividade na comunidade aumentou, comparativamente a 2014, nos dois grupos de Núcleos.

**Quadro VI**

CARACTERIZAÇÃO E AUTOAPRECIÇÃO Estudo comparativo entre os NHACJR e os NACJR	2012		2013		CONSIDERADOS	
	14 NHACR E 65 NACJR		12 NHACR E 44 NACJR		15 NHACR E 50 NACJR	
	NHACJR %	NACJR %	NHACJR %	NACJR %	NHACJR %	NACJR %
Existência de Plano de Atividades (PA)	85.7%	78.5%	100%	70.5%	<b>73.3%</b>	<b>72.0%</b>
PA apresentado aos profissionais	78.6%	61.5%	66.7%	45.4%	<b>53.3%</b>	<b>54.0%</b>
PA apresentado à CPCJ	33.3%	33.8%	41.7%	29.5%	<b>20.0%</b>	<b>30.0%</b>
NHACJR do conhecimento dos profissionais	85.7%	44.6%	66.7%	61.4%	<b>73.3/</b>	<b>62.0%</b>
Instalações Próprias	33.3%	27.7%	25.0%	36.4%	<b>33.3%</b>	<b>40.0%</b>
Existência de Arquivo	64.3%	56.9%	75.0%	70.5%	<b>86.7%</b>	<b>76.0%</b>
Existência de Apoio Informático e Net	71.4%	61.5%	91.7%	75.0%	<b>66.7%</b>	<b>76.0%</b>
Existência de Telefone	42.9%	52.3%	58.3%	59.1%	<b>33.3%</b>	<b>66.0%</b>
Existência de Horário Específico	33.3%	46.2%	33.3%	47.7%	<b>26.7%</b>	<b>60.0%</b>
Periodicidade Mensal de Reuniões	42.9%	21.5%	16.7%	13.6%	<b>40.0%</b>	<b>24.0%</b>
Periodicidade Semanal de Reuniões	42.9%	29.2%	58.3%	13.6%	<b>46.7%</b>	<b>20.0%</b>
Periodicidade Quinzenal de Reuniões			0.0%	27.3%	<b>00.0%</b>	<b>20.0%</b>
Atividade na Comunidade	71.4%	32.3%	41.7%	29.5%	<b>66.7%</b>	<b>52.0%</b>

### Principais problemas e/ou dificuldades sentidas

Optou-se por anexar à presente informação a transcrição “*ipsis verbis*”, em formato Excel, dos problemas, da necessidade de formação e os endereços dos NACJR e dos NHACJR, para que a Comissão de Acompanhamento possa ter uma ideia real do sentir dos Núcleos. A dimensão de todas as solicitações, de tão variadas, torna difícil a sua apresentação neste documento. Esta opção resulta, ainda, da necessidade de dar a conhecer todas as sugestões expressas pelos Núcleos e não incorrer no risco de não valorizar ou menosprezar alguns dos problemas, necessidades, pedidos ou sugestões apresentados.

### NACJR

Os principais problemas ou dificuldades reportadas pelos NACJR em 2014 são muito semelhantes aos reportados no ano 2013:

- Necessidade de formação em Núcleos a iniciar atividade, por remodelação e inclusão de novos profissionais.
- Dificuldade de momentos para reunião dos Núcleos.
- Dificuldade na articulação com outras entidades com intervenção na área da infância e juventude.
- Dificuldade na sensibilização dos profissionais de saúde para a temática das crianças e jovens em risco.
- Pouca participação, interesse e sinalização ao NACJR pelos profissionais do ACeS.
- Ausência de elemento Médico na Equipa.
- Dificuldade na implementação de um trabalho concertado/articulado, nomeadamente, com a CPCJ, com vista à uniformização de procedimentos e protocolos de atuação.
- Resistência das famílias em perceber a intervenção destas equipas como forma de ajuda e não como figura “punitiva”.
- Falta de Instalações próprias.
- Necessidade de material informático de apoio.
- Falta de equipamento, logística, viatura e disponibilidade da equipa afeta a este projeto, dado que todos os elementos assumem múltiplas funções.
- Falta de formação para utilização da base informática nacional.
- Falta de instrumentos de avaliação e de monitorização das situações do NACJR.
- Falta de apoio da responsável da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em risco.



## NHACJR

Os principais problemas ou dificuldades reportadas pelos NHACJR são as que se descrevem a seguir:

- Dificuldade em definir tempos, dedicado às atividades dos Núcleos, na carga horária de cada elemento.
- Inexistência de ferramenta eletrónica que uniformize todos os procedimentos de todos os núcleos e os interligue em rede.
- Ausência de base de dados para registo dos casos.



## Necessidades de Formação

Das necessidades de formação expressas pelos NACJR e NHACJR salientam-se:

- Folha Excel de registo nacional do Núcleos.
- Gestão de conflitos.
- Suspeita de abusos sexuais: procedimentos/orientações.
- Intervenção do Ministério Público/Tribunais – Quando e como?
- Formação específica inicial.
- Terapia Familiar; Mediação Parental - Estratégias de Intervenção.
- Discussão e análise de situações clínicas.
- Formas mais consensuais de articulação entre os parceiros de 1º nível e CPCJ.
- Procedimentos relativamente aos registos e monitorização do desempenho do Núcleo e seus elementos.

## Formação

A qualificação técnica dos profissionais em matéria de maus tratos em crianças e jovens constitui uma necessidade inquestionável. Incentivou-se e proporcionou-se formação aos Núcleos.

No ano de 2014 houve formação estruturada, em sala, inserida no plano de formação da Administração Regional de Saúde do Norte, IP:

- **Intervenção da Saúde: Maus tratos a Crianças e Jovens** (formação avançada - 1 sessão com 14 horas de duração).
- **Crianças e Jovens em Risco - Intervenção da Saúde** (curso básico – 2 sessões com 14 horas de duração).
- **Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida** (três sessões com 14 horas de duração, cada).

### Formação para 2015

Está prevista para 2015 formação em sala, inserida no plano de formação da Administração Regional de Saúde do Norte, IP para 2015:

- **Crianças e Jovens em risco** - módulo básico (uma sessão).
- **Formação Avançada nas Equipas de Prevenção de Violência em Adultos** - (duas sessões).
- **Intervenção da Saúde: Maus Tratos de Crianças e Jovens** – módulo avançado (uma sessão).

## Conclusão

A Coordenadora Regional para a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco tem plena consciência de que o seu papel deve ser exercido o mais próximo possível dos Núcleos com acompanhamento de perto, “in loco”, e periodicamente, das suas atividades, situação difícil de desenvolver nomeadamente por restrições do parque automóvel disponível para as deslocações.

Relativamente à avaliação dos Núcleos reitera-se a apreciação feita em 2013.

A resposta ao mau trato está dependente da informação e sensibilização dos profissionais de saúde para esta questão. É suposto que nem todos os profissionais estão motivados ou tem conhecimentos para enfrentar estes problemas, daí a importância de uma equipa multidisciplinar motivada e dotada de conhecimentos.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a configuração dos ACES veio condicionar a resposta, nos cuidados de saúde primários, à Ação para Crianças e Jovens em Risco.

Na Região Norte, a Coordenadora Regional para a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, constata estar progressivamente dificultada a formação de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, talvez, por ser uma atividade que não é contratualizada. Contudo em 2014 verificou-se um aumento do número de NACJR.

A indisponibilidade de médicos da carreira de medicina geral e familiar para integrarem um Núcleo é o principal fator para a inexistência ou falta de funcionamento dos Núcleos. Alguns médicos asseguraram durante anos essa atividade com o recurso ao pagamento de horas extra, situação que deixou de ser possível.

Expressa-se a dificuldade, sentida, da recolha das respostas, junto dos ACES e dos hospitais, às grelhas disponibilizada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) para a presente avaliação.

Seria importante a existência de equipas com todos os profissionais que legalmente a devem integrar.

A disponibilidade de instalações próprias para a execução das tarefas, nem sempre possível, também será um fator facilitador do trabalho dos Núcleos, bem como os meios logísticos mencionados: computador, informatização dos processos e mecanismos de referenciação. A não existência de um arquivo relatado por 24% dos NACJR e por 13.3% NHACJR.

O acompanhamento de proximidade pela coordenadora regional, nem sempre possível, tem sido referido como uma necessidade por algumas equipas.

**ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP**  
**COMISSÃO REGIONAL DA SAÚDE, DA MULHER, DA CRIANÇA E DO**  
**ADOLESCENTE**

**Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**

**N(H)ACJRISCO NA ARS CENTRO**

**Diagnóstico de situação 2014**

**e**

**Análise comparativa com 2012**



**COIMBRA, 2015**

**DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS**

Direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade

Direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Nota prévia	4
<b>I – AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DOS N(H)ACJRISCO DA ARS CENTRO</b>	<b>5</b>
1. Introdução	6
1.1. Os NACJR e as Unidades Funcionais	
2. Metodologia/Instrumentos de avaliação	7
3. Os N(H)ACJRISCO na ARS CENTRO	8
4. CASUÍSTICA dos N(H)ACJRISCO em 2014	12
4.1. As sinalizações em 2014	14
4.2. Casuística: análise comparativa de 2010 a 2014	18
4.3. Casuística de 2014: casos sinalizados, em acompanhamento, arquivados e encaminhados	19
5. MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE DOS NÚCLEOS	20
5.1. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO	21
5.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
6. DIFICULDADES SENTIDAS	26
6.1. Recursos Materiais	26
6.2. Recursos Humanos	26
6.2.1. Na constituição da equipa	26
6.2.2. Disponibilidade de horário	27
6.3. Articulação com os profissionais das Unidades de Saúde	27
6.4. Articulação entre NACJR	27
6.5. Outras	27
7. FORMAÇÃO E NECESSIDADES FORMATIVAS	28
7.1. A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	28
7.2. NECESSIDADES FORMATIVAS	30
8. OUTRAS NECESSIDADES	31
9. OBSTÁCULOS	32
10. Outras atividades da Coordenação na ARS Centro	32
10.1. Reuniões com os N(H)ACJR por ACeS	32
10.2. Atividades no âmbito da Campanha de Prevenção de Maus Tratos em Crianças e Jovens	33
10.3. Outras actividades/intervenções/Comunicações	36
11. Propostas	38
12. Anexos	41

## NOTA PRÉVIA

A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco na ARS Centro tem a sua intervenção estruturada numa rede de Núcleos, Cuidados Primários e Hospitalares, conforme o Despacho de 2008 e organizados de acordo com as especificidades locais.

Este relatório não pretende ser apenas uma avaliação das atividades dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens da ARS Centro referente ao ano de 2014. Pretende-se um diagnóstico atualizado, de continuidade ao já elaborado em 2012, fazendo também uma análise sobre a implementação dos Núcleos, a sua evolução e uma reflexão sobre o processo atual dos mesmos, num contexto de reorganização dos Serviços de Saúde com natural impacto na sua constituição e funcionamento, assim como as diferentes estratégias definidas a nível local.

Assim, para além dos instrumentos da DGS utilizados para a avaliação dos Núcleos da ARS Centro para o ano 2014, foi ligeiramente modificada a Ficha de Monitorização de Atividades dos N(H)ACJR de forma a obter mais informação, tendo havido ainda recurso a outros suportes de registo existentes na ARS e inúmeros contributos de todos os Núcleos através de inúmeros contactos, formais e informais.

Que este relatório de diagnóstico da situação de 2014, incluindo a análise comparativa com 2012, sirva também de instrumento objetivo de reflexão, do imenso percurso já efectuado, dos exemplos de boas práticas, assim como das necessidades sentidas e expressas às quais a ARS Centro tem procurado e continuará a procurar dar resposta.

# **I - AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DOS NÚCLEOS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO DA ARS CENTRO**

## **1. INTRODUÇÃO**

O processo de criação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco na ARS Centro, teve o seu início em 2007, aquando do período experimental nacional, com continuidade e consolidação no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, criada pelo Despacho da Ministra da Saúde nº 31292/2008, de 5 de Dezembro que veio impulsionar a construção de uma rede estruturada de N(H)ACJR.

Definidos como estruturas operativas, devem ter a sua filosofia de intervenção pautada por critérios de serenidade, ponderação, responsabilidade, evitando juízos de valor, e envolvendo todos os profissionais de saúde, através duma avaliação global e sistémica, e com pressupostos de intervenção em rede, complementaridade de respostas, intervenção das Unidades de Saúde/Hospitais/N(H)ACJR/UCF respondendo no 1º nível de intervenção, encaminhando para outros níveis (CPCJs e Tribunais) quando e sempre que necessário.

Aos profissionais de saúde afetos aos N(H)ACJR, nas unidades dos ACeS e ULS, e de acordo com o respetivo despacho (Despacho nº 31 292/2008), está definido a indispensabilidade da atribuição de horas expressas, para que possam concretizar os objectivos de intervenção nas suas diferentes dimensões, de atendimento quando e se necessário, e fundamentalmente de consultadoria e sensibilização dos profissionais de saúde e da comunidade.

O processo de transformação organizacional a nível dos Cuidados de Saúde Primários, iniciado com a maioria dos núcleos já constituídos, provocou um impacto considerável, no enquadramento, estruturação, funcionamento e consolidação da rede dos mesmos, situação que ainda se vivencia, traduzida nos constrangimentos de alocação de recursos humanos, dificuldades na manutenção dos pré-existentes e alterações no enquadramento dos núcleos nas Unidades Funcionais.

Assim, face aos diversos constrangimentos, os NA(H)CJR têm vindo a sofrer grandes alterações na dinâmica a que não é alheio a escassez de recursos humanos, traduzindo-se por instabilidade nos já constituídos, alteração na constituição dos mesmos com necessidade de uma nova (re)organização e procura de modelos organizativos alternativos aos definidos previamente - mantendo como previsto a autonomia funcional.

A mobilidade dos profissionais tem sido enorme, com a saída de um número elevado de profissionais, mais de 70 no global dos núcleos e por razões diversas tais como a aposentação, saída para outras unidades de saúde, dificuldades sentidas com maior acuidade na área médica e conseqüentemente na representação dos mesmos nos núcleos.

Durante o ano de 2014, processo que terá continuidade em 2015, no contexto de dificuldade em recursos humanos existentes, foi feito um esforço por parte de alguns ACeS na alocação de profissionais, tendo sido (re)constituídos diversos núcleos e afetos novos profissionais, tentando responder para além da constituição mínima prevista, médico(a) e enfermeiro(a), integrar também outros profissionais nomeadamente assistentes sociais pela relevância da sua participação nestas áreas de intervenção.

Independentemente das dificuldades em recursos humanos, no âmbito da atividade dos N(H)ACJRISCO, a mesma é traduzida fundamentalmente por um número elevado de casos sinalizados e respetivos acompanhamentos, que quase duplicou em 2012 comparativamente com o ano anterior, e que se tem mantido superior a 1 500 desde 2012. Globalmente na ARS Centro é reconhecida uma evolução positiva, quer na sua estrutura organizativa (elaboração de plano de atividades, realização de reuniões de equipa regulares) quer nas atividades e iniciativas dos mesmos,

ainda que mais “visível” nalguns ACeS em particular, mas sendo ainda evidente a insuficiência de respostas em áreas fundamentais nomeadamente no âmbito da consultadoria e de atividades de intervenção comunitária.

Na ARS Centro, e face ao diagnóstico de situação efetuado em 2013, foi identificada a necessidade de intervir localmente, dando conhecimento não só do diagnóstico regional e local, mas também de processo de dinamização e aproximação entre os Núcleos do mesmo ACeS/ULS e definida como estratégia complementar a concretização de reuniões de proximidade - uma reunião por ACeS/ULS, iniciadas em 2014, com a participação dos profissionais dos Núcleos, Cuidados Primários e Hospitalares, mas também com a participação das UCFs (Vertentes Materna e Neonatal, Infantil e Adolescente), assim como as CPCJs da respetiva área geográfica e nalguns casos Tribunais de Família e Menores.

### **1.1.OS NACJR E AS UNIDADES FUNCIONAIS**

Os N(H)ACJR, enquanto resposta estruturada da saúde no projecto de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, e de acordo com os diversos documentos técnicos são estruturas operativas, que por princípio têm autonomia técnica e funcional NACJR.

No decurso da reorganização dos serviços de saúde, com a criação das diferentes unidades de saúde tornou-se necessário clarificar o seu enquadramento e em 2009 a DGS emanou um parecer sobre a alocação dos Núcleos nessas unidades, orientação que foi reforçada em 2014, que citamos “Os Núcleos e as EPVA podem, estar sediados na Unidade do ACES que for considerada mais conveniente, contribuindo para o desempenho contratualizado da mesma salvaguardado o princípio da autonomia operacional já mencionado”, e ainda “ Os profissionais que integram os NACJR e as EPVA podem estar ligados a quaisquer unidades que constituem o ACeS respectivo, prerrogativa que aliás tem vindo a ter tradução no funcionamento de muitas dessas equipas” e “Devem ser preservadas as modalidades de funcionamento dos Núcleos que tem vindo a revelar-se efectivas e bem enquadradas na estrutura dos ACES”.

Conforme consta do documento técnico e parecer conjunto da DGS, que mereceu concordância do Sr. Secretário de Estado da Saúde em fevereiro de 2014, “devem ainda reger o seu funcionamento com base no princípio da subsidiariedade e do dever da colaboração (articulação interinstitucional e intersectorial) - sempre em estreita colaboração com todas as unidades funcionais do ACeS”.

Assim na ARS Centro, constituídos entre 2007 e 2009 na sua grande maioria, sempre por designação do Diretor Executivo do respetivo ACeS e de acordo com o perfil dos profissionais, formal ou informalmente, os Núcleos foram integrados em espaços físicos e unidades diversas, dependendo fundamentalmente da sua história de funcionamento e dos profissionais afetos e que tinham após nomeação, assumido o funcionamento e/ou a coordenação dos mesmos, tendo mantido a atividade na sua maioria e, numa forma espontânea integrados em UCSP, USP, URAP e UCC de acordo com as realidades locais.

Com realidades por vezes bem diversas, não podemos deixar de referir que existem exemplos de boas práticas em todas elas.

No entanto, a ERA para os Cuidados Primários na ARS Centro, aquando do início das candidaturas das UCC e depois em continuidade, independentemente da existência anterior dos núcleos e do seu funcionamento, tem junto das mesmas dado orientações expressas para a inclusão obrigatória dos núcleos nas UCCs no seu processo de candidatura e reforça essa orientação, de que é essa unidade funcional que de acordo com os seus conteúdos funcionais a única que reúne esses requisitos.

Ora esta “orientação” não só contraria o parecer da DGS que mereceu a concordância do Sr. Secretário de Estado, tem suscitado dúvidas junto dos ACeS, mas tem também criado alguns constrangimentos entre profissionais e em núcleos integrados anteriormente noutras unidades.

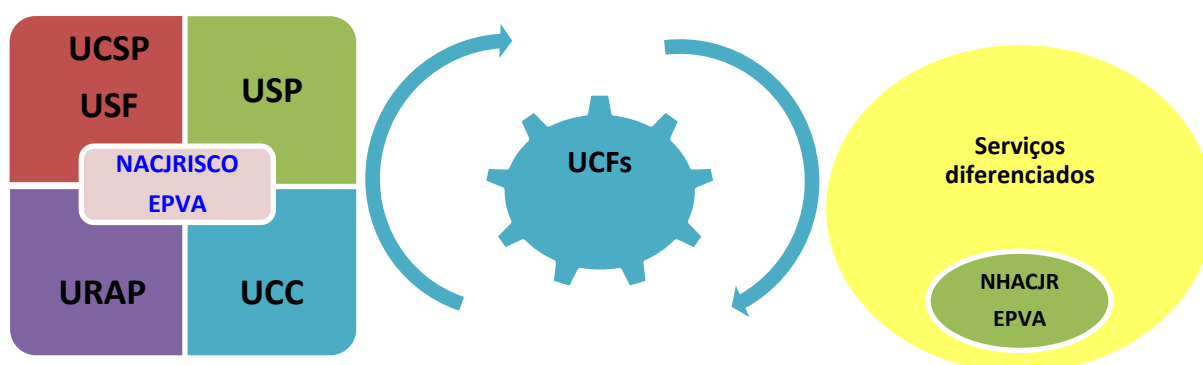
Como argumento, também refere a ERA, ser a UCC a única Unidade Funcional que tem indicador definido pela DGS relacionado com os Núcleos - situação já clarificada junto da DGS e que não partilha também desta conclusão linear, remetendo para o parecer da DGS e respetivas orientações, e o histórico do funcionamento dos núcleos nas realidades locais.

Independentemente desta situação, existem na ARS Centro, respostas de núcleos com boas práticas em qualquer uma das Unidades Funcionais.

Também ao longo do ano de 2014, a Comissão Regional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da ARS Centro, foi reforçando o papel das Unidades Coordenadoras Funcionais no processo de dinamização dos Núcleos, considerando como pressupostos, a experiência e o saber fazer de trabalho acumulado destas Unidades, com boas práticas na articulação Cuidados Primários e Diferenciados, ao longo dos anos, e circuitos de comunicação estabelecidos e bem definidos. (Figura 1).

Importa pois, dar continuidade ao processo de reorganização e consolidação dos Núcleos, contextualizados na Unidade Funcional que for considerado mais adequado, de forma a haver estabilidade na sua constituição e permita um trabalho de continuidade e não de recomeço constante.

Figura 1 - Enquadramento dos NACJR nas Unidades Funcionais dos ACEs e UCFs



## 2. METODOLOGIA/INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação da atividade dos N(H)ACJRISCO da ARS CENTRO teve como base, à semelhança dos anos anteriores os suportes de avaliação da DGS - Ficha casuística dos Núcleos e a Ficha de Monitorização das atividades dos N(H)ACJR com introdução de pequenas alterações (Anexos 1 e 2), assim como uma ficha de monitorização da constituição/atualização dos diferentes Núcleos e também das EPVA, que permite ter atualizadas as equipas e os respetivos contactos.

Os elementos da avaliação foram solicitados através do envio a todos os Núcleos dos diferentes suportes de avaliação e também através de inúmeros outros contactos informais e bilaterais, nos contextos formativos e das reuniões de trabalho pluridisciplinares promovidas pela Coordenação regional e concretizadas nos ACeS.

O diagnóstico efetuado, resulta assim dos elementos recolhidos através dos suportes de avaliação, mas também

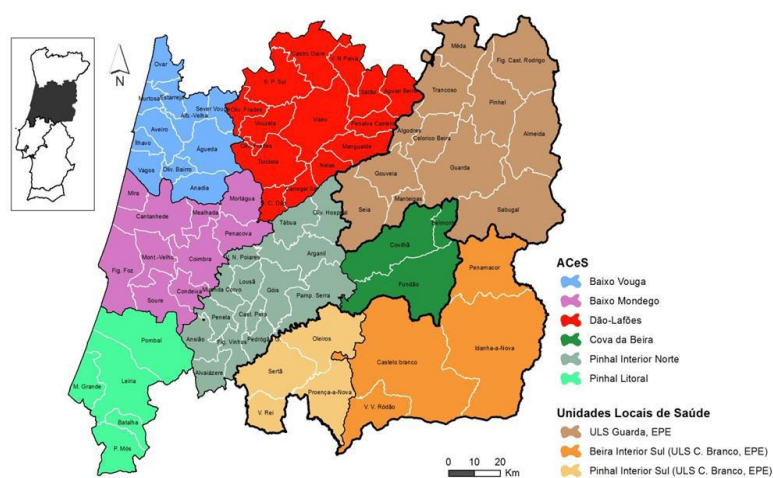
de registos existentes na ARS Centro e complementado com os elementos recolhidos através dos diversos contactos com os profissionais dos núcleos aquando das ações de formação, nas reuniões de trabalho nos ACeS onde decorreram e outros mais informais.

No processo de avaliação referente a 2014, apesar duma melhoria efetiva comparativamente com os anos anteriores, foram ainda registadas algumas dificuldades, traduzindo-se as mesmas na dificuldade em obter por parte de alguns núcleos os elementos de avaliação respetivos, necessários a um diagnóstico global e a avaliação.

### 3. Os N(H)ACRISCO NA ARS CENTRO

A ARS Centro integra 6 ACeS (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão Lafões, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte e Cova da Beira,) e duas ULS (Castelo Branco e Guarda) ( Figura 2).

Figura 2 - ACeS e ULS da ARS Centro



Fonte: ARS Centro

A constituição dos Núcleos na ARS Centro, teve o seu início aquando do período experimental iniciado em 2007, com 10 NACJRISCO; posteriormente a 31 de Dezembro de 2010 dando cumprimento ao Despacho n.º31292/2008, de 5 de Dezembro, a ARS Centro tinha N(H)ACJR constituídos em todas as ACeS e ULS, bem como nos Hospitais com atendimento pediátrico (inclusivé as duas Maternidades de Apoio Perinatal Diferenciado – Maternidade Daniel de Matos e Maternidade Bissaya Barreto), com um número crescente até 2014 resultante de diversas alterações organizativas (Quadro 1 e Quadro 2).

Quadro 1 - N(H)ACJRISCO na ARS Centro: distribuição segundo o ano de constituição

ANO	Núcleos	Cuidados Primários	Hospitalares
2007		5	5
2009		19	2
2010		47	3
2012		68	10
2013		68	10
2014		77	10

Fonte: Relatório Ação de Saúde Crianças e Jovens em Risco, jan. 2011  
Outros suportes de registo, ARS Centro

Atualmente na ARS Centro, estão constituídos N(H)CJRISCO em todos os ACeS (Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão Lafões, Cova da Beira, Pinhal Interior Norte e Pinhal Litoral) e nas duas ULSs, (Castelo Branco e Guarda), tendo os mesmos desde início maioritariamente um âmbito de intervenção concelhio.

De referir que nos ACeS Pinhal Interior Norte e Dão Lafões, onde existiam núcleos com modelo organizativo pluriconcelhio estes foram redefinidos em 2014:

No **ACeS Pinhal Interior Norte**, o núcleo pluriconcelhio que abrangia 6 concelhos (Alvaiázere, Ansião, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Pedrógão Grande e Penela) foi reorganizado e convertido em 6 núcleos cada um deles de âmbito concelhio.

No **ACeS Dão Lafões**, os 2 núcleos pluriconcelhios, um deles abrangendo Carregal do Sal, Nelas e Santa Comba Dão, e outro Mangualde e Penalva do Castelo, foram também reconvertidos e transformados em 5 núcleos concelhios.

No **ACeS Cova da Beira**, mantém-se a existência de 1 núcleo nos Cuidados Primários que abrange os 3 concelhos (Covilhã, Belmonte e Fundão) e que integra profissionais representantes dos 3 concelhos.

Assim, na ARS Centro estão constituídos 87 Núcleos, 10 dos quais correspondendo a Núcleos Hospitalares e destes 4 no âmbito do ACeS Baixo Mondego (**Quadro 2**).

**Quadro 2 - N(H)ACJRISCO na ARS Centro por ACeS e ULS, 2014**

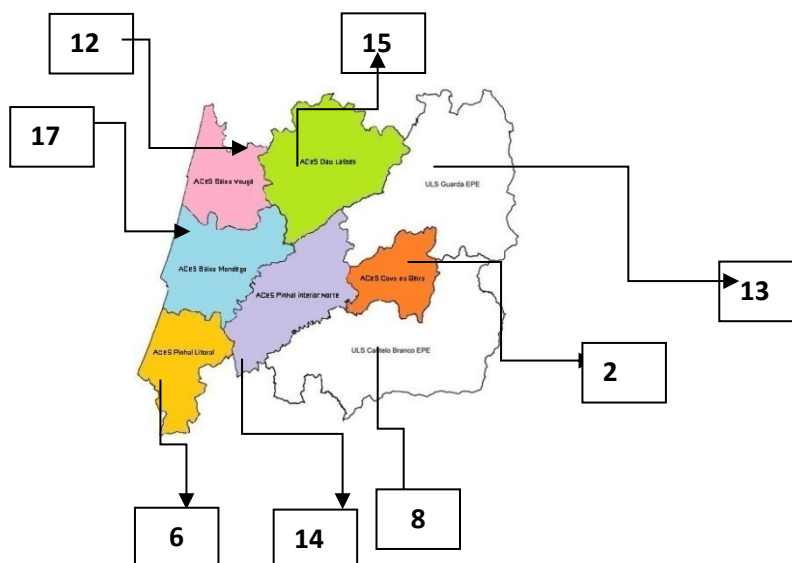
NHACJRISCO ACeS/ULS	Cuidados Primários	Hospitalares	SubTotal
Baixo Mondego	13	4	17
Pinhal Interior Norte	14	----	14
Baixo Vouga	11	1	12
Pinhal Litoral	5	1	6
Cova da Beira	1	1	2
Dão Lafões	14	1	15
Castelo Branco	7	1	8
Guarda	12	1	13
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>10</b>	<b>87</b>

Fonte: Suportes de avaliação 2014

O ACeS Baixo Mondego, é o que apresenta o maior número de núcleos, dado que no âmbito dos Cuidados Primários, o concelho de Coimbra tem mais do que um Núcleo, e a nível dos Cuidados Hospitalares 3 deles na cidade de Coimbra.

No entanto e no final de 2014, após alterações organizativas diversas, é nos ACeS Pinhal Interior Norte e Dão Lafões, que estão constituídos o maior número de núcleos nos Cuidados Primários (**Quadro 2 e Figura 3**).

Figura 3 - N(H)ACJRISCO na ARS Centro por ACeS e/ou ULS em 2014



Fonte: Suportes de avaliação 2014

Em 2014, integravam os 87 núcleos 258 profissionais, sendo a sua maioria enfermeiro(a)s e médico(a)s, elementos obrigatórios conforme orientações técnicas na constituição dos Núcleos dos Cuidados Primários, e ainda assistentes sociais, psicólogos e juristas, estes apenas a nível hospitalar e na qualidade de consultores.

Ainda que elementos não obrigatórios, no âmbito da ARS Centro nos Cuidados Primários, existiu a preocupação de dotar os núcleos com assistentes sociais e psicólogos sempre que possível e quando esses recursos existem nos serviços, partilhando estes profissionais na maioria das situações mais do que um núcleo. As disponibilidades dos profissionais são muito diversas e o horário não expresso ainda muito frequente (Quadro 3).

Quadro 3 - Nº profissionais que integravam os Núcleos por ACeS/ ULS, 2014

ACeS/ULS	Profissionais	Número
Baixo Mondego		58
Baixo Vouga		38
Dão Lafões		41
Pinhal Interior Norte		30
Pinhal Litoral		24
Cova da Beira		10
ULS Guarda		35
ULS Castelo Branco		22
<b>TOTAL</b>		<b>258</b>

Fonte: Suportes de avaliação 2014

A avaliação da atividade dos NHACJR da ARS Centro referente ao ano de 2014, não engloba a totalidade dos núcleos, porque alguns deles não disponibilizaram os elementos de avaliação- assim a avaliação que consta deste relatório corresponde a **78 núcleos** - 89,7% do total dos mesmos (Quadro 4).

**Quadro 4 - Núcleos com avaliação disponibilizada referente a 2014**

ACes/ULS	Avaliação		
	Sim	Não	Sub Total
Baixo Mondego	16	Mira	17
Baixo Vouga	11	Ílhavo	12
Pinhal Interior Norte	14	0	14
Pinhal Litoral	6	0	6
Dão Lafões	15	0	15
Cova da Beira	2	0	2
ULS Guarda	6	7	13
ULS Castelo Branco	8	0	8
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>9</b>	<b>87</b>

Fonte: Suportes avaliação ARS Centro

No entanto, durante o ano de 2014, alguns núcleos apesar de estarem constituídos, não estiveram em atividade tendo sido apontadas para a sua inatividade razões tais como a saída de alguns dos seus profissionais e fundamentalmente a falta de disponibilidade horária dos técnicos que os constituem pela multiplicidade de atividades a que os mesmos têm de responder.

Razões diferentes são apontadas por outros núcleos, inseridos em áreas de menor dimensão geográfica, nas ULSs da Guarda e Castelo Branco, com um número reduzido de profissionais de saúde que integram simultaneamente vários projectos com intervenções que se cruzam (SNIPI, CPCJ e NACJR), apresentando como entendimento o de continuar a sinalizar para a CPCJ (2º nível de intervenção) porque integram os dois níveis de intervenção e este último está mais estruturado e com maior suporte técnico.

Em relação à composição dos N(H)ACJR e aos profissionais que os integram, as alterações identificadas continuam a ser imensas e diversas, não correspondendo em 2014 na sua maioria à que consta da sua formalização, sendo esta realidade transversal à maioria dos ACeS e às ULSs.

**Na ULS de Castelo Branco**, estão inoperacionais vários núcleos pela saída dos profissionais cuja substituição ainda não foi concretizada, sendo necessário proceder à reconstrução formal dos mesmos; o concelho de Vila Velha de Ródão não tem núcleo constituído desde 2012 pela saída de todos os seus elementos, processo reiniciado para integração na candidatura da UCC não concretizado também pela mobilidade da enfermeira para outro concelho. O núcleo de Penamacor só tem actualmente um elemento (enfermeira) após a saída do seu elemento médico, pelo que todas as situações sinalizadas a esta profissional são orientadas para a CPCJ. O núcleo de Idanha a Nova irá ser integrado na futura UCC.

**Na ULS da Guarda** também são vários os núcleos inoperacionais ainda que constituídos (Celorico da Beira, Figueira Castelo Rodrigo, Forno de Algodres, Sabugal, Meda, Pinhel e Trancoso).

Apesar de alguns constrangimentos identificados, muitas outras situações houve de desenvolvimento positivo no ano em curso:

No **ACeS Baixo Vouga**, o Núcleo de Vagos formalizado inicialmente em 2010 e inativo após a saída de todos os seus profissionais, foi de novo formalizado em janeiro de 2014 e constituído com novos elementos.

No **ACeS Pinhal Interior Norte**, também em 2014 foi iniciado um processo de reorganização dos núcleos, nomeadamente através da conversão da estrutura de núcleo pluriconcelhio que abrangia 6 concelhos, em 6 núcleos de âmbito concelhio, com a integração de novos profissionais, ainda que esse processo não tenha sido totalmente concluído em 2014, com necessidade de continuidade em 2015.

No **ACeS Dão Lafões** em 2014, decorreu também a reestruturação dos dois núcleos pluriconcelhios que no seu conjunto integravam 5 concelhos, tendo em cada um desses concelhos sido formalizado um núcleo de âmbito concelhio, com afetação de novos recursos humanos.

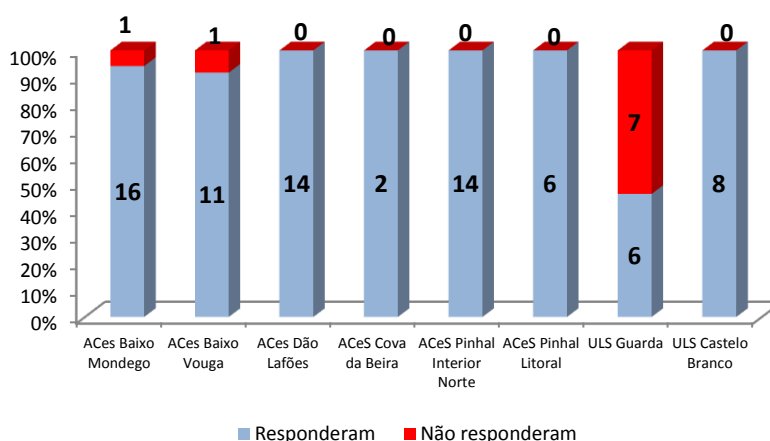
#### 4. A CASUÍSTICA DOS N(H)ACJR NA ARS CENTRO

Sendo uma das atribuições dos Núcleos coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens na área de intervenção, essa atividade foi desenvolvida por todos os núcleos que se encontravam ativos em 2014.

A casuística apresentada, corresponde à actividade de 78 de um universo de 87 núcleos constituídos no âmbito da ARS Centro, os que responderam ao pedido de avaliação, correspondendo a 89,7% do total dos núcleos e superior aos anos anteriores (**Gráfico 1**).

Não disponibilizaram qualquer informação referente à sua atividade de 2014, 9 núcleos sendo que sete deles pertencem à ULS da Guarda.

**Gráfico 1 - Núcleos por ACeS/ULS, que disponibilizaram avaliação referente a 2014**



Fonte: Suportes avaliação ARS Centro

Nos **ACeS Dão Lafões**, **Pinhal Litoral**, **Pinhal Interior Norte** e **Cova da Beira**, todos os Núcleos disponibilizaram os elementos referentes à avaliação de 2014.

No **ACeS Baixo Mondego** não o fizeram o Núcleo de Mira e no **ACes Baixo Vouga** apenas o núcleo de Ílhavo não disponibilizou a sua avaliação.

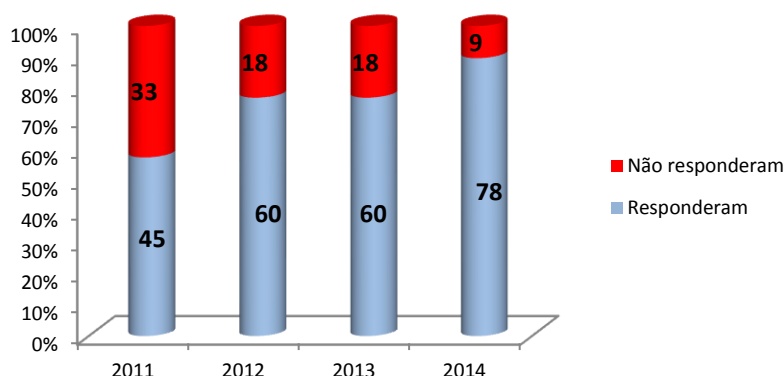
Na **ULS Guarda** não disponibilizaram informação/avaliação os núcleos de Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Forno de Algodres, Sabugal, Meda, Pinhel e Trancoso.

Na **ULS de Castelo Branco**, todos os núcleos disponibilizaram a avaliação da sua atividade ou informação específica referente à sua inatividade.

Comparando com anos anteriores, constatamos que tem havido uma evolução positiva, com uma maior participação por parte dos núcleos no processo de avaliação - verificamos que em 2011 disponibilizaram avaliação 45 dos 77 núcleos, correspondendo a 60 %, em 2012 e 2013, 60 dos 78 identificados na ARS Centro, correspondendo a 77 %;

em 2014, ano em que houve uma maior participação por parte de 78 dos 87 correspondendo a 89,7% (Gráfico 2).

**Gráfico 2 - Análise comparativa dos núcleos que disponibilizaram elementos avaliação, 2011 a 2014**



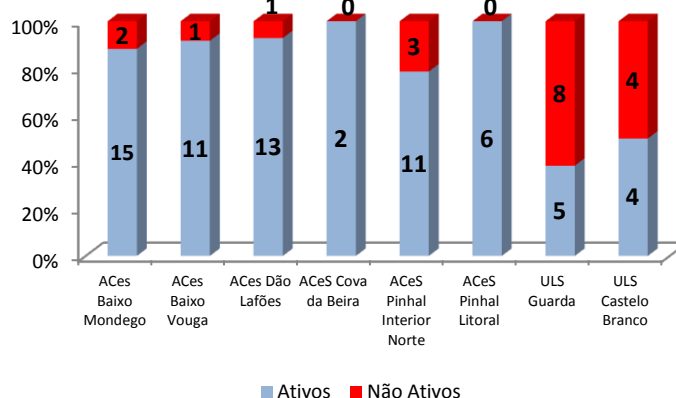
Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

De referir contudo que, alguns núcleos apesar de não estarem com atividade e/ou não terem disponibilizado dados da sua atividade de 2014, os seus profissionais continuaram a receber a informação diversa da Cordenação da ARS Centro e participaram nas ações de formação promovidas regionalmente.

Em 2014, constatamos que por razões diversas não desenvolveram qualquer actividade 19 núcleos, o que corresponde a 21,8% do universo dos mesmos (Gráfico 3).

De referir que um número muito significativo de núcleos inativos nos Cuidados Primários correspondem às ULS de Castelo Branco e Guarda (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - NHACJR ATIVOS E NÃO ATIVOS em 2014 (com e sem actividade em 2014)**



Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

**No ACeS Baixo Mondego**, o núcleo do Centro de Saúde Fernão Magalhães não desenvolveu qualquer actividade em 2014 e pressupõe-se inativo o de Mira, por falta de informação referente à sua avaliação desde 2012, mas constituído e com participação em 2014 de uma das profissionais que integra o núcleo na formação promovida pela ARS Centro.

**No ACeS Baixo Vouga**, o núcleo de Ilhavo não disponibilizou os elementos da sua avaliação referente a 2014. No entanto o núcleo está constituído e a TSS do mesmo, participou nas acções de formação promovidas pela ARS Centro em 2014, nomeadamente nas acções “*Avaliação e desenvolvimento das competências parentais*” em fevereiro e “*Intervenção psico e socioterapêutica com agressores menores e famílias*” em Setembro.

**No ACeS Dão Lafões**, fruto da reconstituição do núcleo pluriconcelhio, Mangualde + Penalva do Castelo, o núcleo de Penalva constituído de novo não desenvolveu atividade em 2014.

**No ACeS PIN em 2014**, estiveram inativos por constrangimentos relacionados com recursos humanos, os núcleos de Castanheira de Pêra, Pampilhosa da Serra e Lousã.

**Na ULS Guarda** sem atividade os núcleos de Guarda, Celorico, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Sabugal, Meda, Pinhel e Trancoso.

Considerados ativos, ainda que sem sinalizações em 2014 os Núcleos de Almeida e Manteigas.

**Na ULS Castelo Branco** inativos os núcleos de Castelo Branco, Idanha a Nova e Sertã, estando identificada a necessidade de atualização das equipas e a sua nova formalização; não constituído o de Vila Velha de Ródão por saída de todos os profissionais que o constituíram inicialmente.

O núcleo de Proença a Nova, ativo sem sinalizações em 2014.

O núcleo de Penamacor da UCSP, actualmente só tem uma profissional (enfermeira) após a saída do seu elemento médico, pelo que todas as situações sinalizadas são pela enfermeira encaminhadas para a CPCJ da qual também faz parte com um profissional médico da mesma unidade.

O núcleo de Idanha a Nova irá fazer parte da carteira da UCC a constituir.

#### 4.1. AS SINALIZAÇÕES EM 2014

Durante o ano de 2014, foram efetuadas 1 641 sinalizações, tendo como base os 78 núcleos que responderam, sendo os ACeS do Baixo Mondego, Pinhal Litoral e Dão Lafões os que registaram o maior número de sinalizações (Quadro 5 e Gráfico 4).

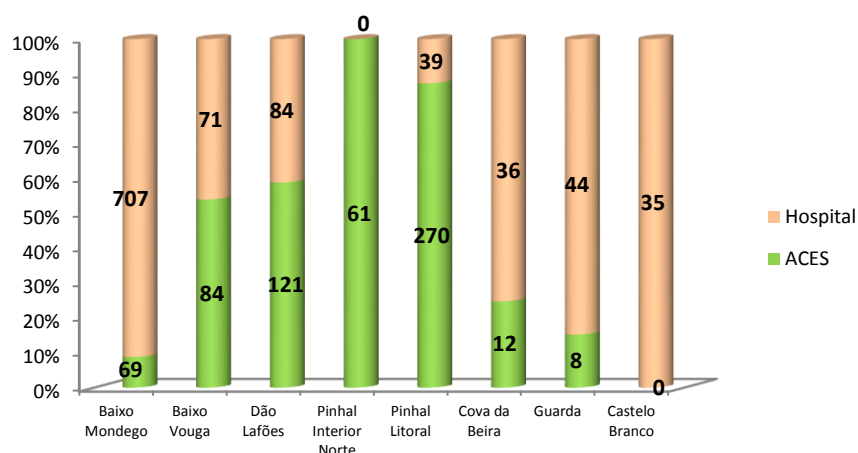
Foi utilizado o suporte de registo da DGS - Casuística dos NACJR e NHACJR (Anexo 1)

**Quadro 5 - Sinalizações aos Núcleos Hospitalares e Cuidados Primários em 2014**

ACES/ULS	Sinalizações	Núcleos ACeS	Núcleos Hospitalares	Sub Total
Baixo Mondego		69	707	776
Baixo Vouga		84	71	155
Dão Lafões		121	84	205
PIN		61	0	61
Pinhal Litoral		270	39	309
Cova da Beira		12	36	48
ULS Guarda		8	44	52
ULS Castelo Branco		0	35	35
<b>TOTAL</b>		<b>625</b>	<b>1 016</b>	<b>1 641</b>

Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

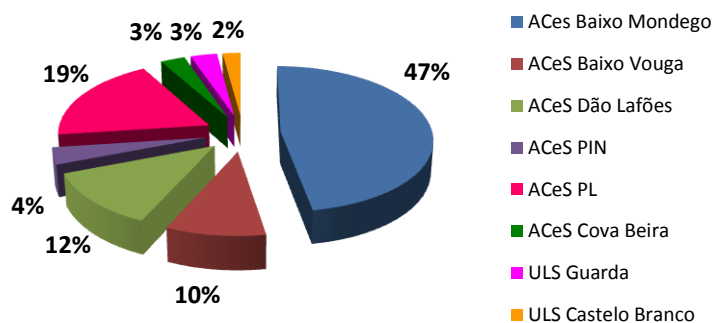
**Gráfico 4 - Distribuição das sinalizações segundo os Núcleos, Cuidados Primários e Hospitalares, em 2014**



Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

Os Núcleos do ACeS Baixo Mondego receberam 47% do total de sinalizações na ARS Centro, seguido dos núcleos do ACeS Pinhal Litoral com 19% e Dão Lafões com 12%, totalizando estes três ACeS 79% das sinalizações efectuadas na ARS Centro (Gráfico 5).

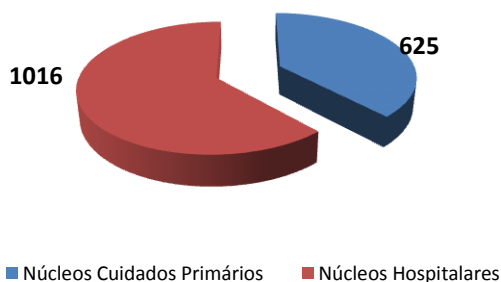
**Gráfico 5 - Distribuição percentual das sinalizações por ACeS e/ou ULS em 2014**



Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

Aos Núcleos Hospitalares na Zona Centro foram sinalizados 1 016 casos, o que corresponde a 62,4% do total de sinalizações (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Distribuição das sinalizações, Núcleos Hospitalares e Cuidados Primários, 2014**



Fonte: Suportes avaliação ARS Centro, 2014

No **ACeS Baixo Mondego**, 91% das situações sinalizadas correspondem aos Núcleos Hospitalares e no ACeS Pinhal Litoral, 87,4% correspondem a situações sinalizadas aos Núcleos dos Cuidados Primários.

Segundo o tipo de mau trato, a negligência foi sempre o mais frequente em todos os ACeS e ULSs da ARS Centro (Quadro 6).

**Quadro 6 - Distribuição das sinalizações segundo o tipo de mau trato por ACeS/ULS na ARS Centro em 2014**

ACeS/ULS	Tipo mau trato								
	Baixo Mondego	Baixo Vouga	Dão Lafões	Cova Beira	PIN	PL	Guarda	Castelo Branco	Sub Total
Negligência	643	109	101	19	55	166	37	27	<b>1 157</b>
Mau trato físico	16	19	4	5	2	13	3	3	<b>65</b>
Abuso Sexual/suspeita	27	14	11	2	1	27	5	4	<b>91</b>
Mau trato psicológico	48	2	12	2	3	102	2	1	<b>172</b>
Síndrome Munchausen	0	0	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Outros	42	11	77	20	0	0	5	0	<b>155</b>
<b>Total</b>	<b>776</b>	<b>155</b>	<b>205</b>	<b>48</b>	<b>61</b>	<b>309</b>	<b>52</b>	<b>35</b>	<b>1 641</b>

Fonte: Suportes avaliação 2014, ARS Centro

As situações sinalizadas como “outros” correspondem às situações não tipificadas pelos diferentes núcleos.

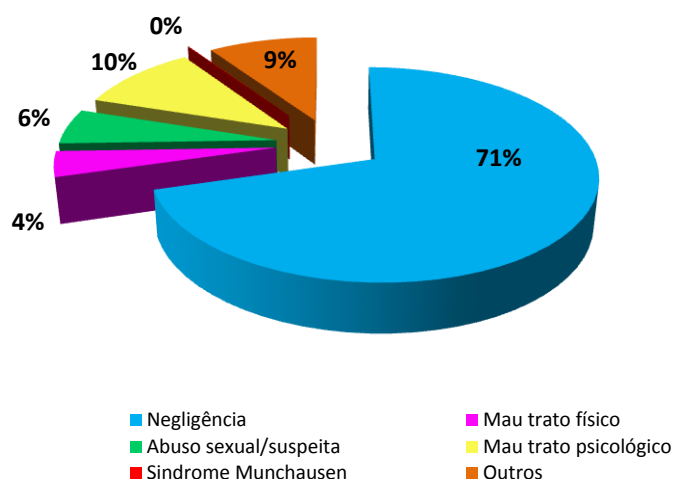
No ACeS Baixo Mondego, as 42 situações referidas como “outros”, correspondem às situações sinalizadas ao Núcleo Hospitalar da Figueira da Foz, e que este não disponibilizou (ainda) a informação referente ao tipo de mau trato.

Do total de sinalizações ao Núcleo do Centro Hospitalar Tondela/Viseu, 77 delas não foram enquadradas nos tipos definidos e corresponderam a sinalizações de famílias de risco, 67 do núcleo hospitalar por toxicodependência, carências económicas, patologia psiquiátrica dos progenitores, prostituição, falta de competências parentais e antecedentes de filhos retirados, situações que importa ter continuidade de acompanhamento nos cuidados Primários para continuidade na avaliação e intervenção.

No ACeS Cova da Beira, as 20 situações dizem respeito ao Núcleo Hospitalar que as integraram em “outros motivos de sinalização”.

A negligência com 1157 sinalizações, correspondeu a 71% do total de sinalizações efetuadas em 2014 aos Núcleos da ARS Centro, seguido do mau trato psicológico com 10% (Gráfico 7).

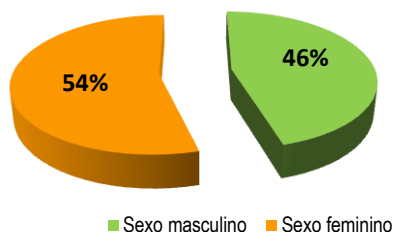
**Gráfico 7 - Distribuição das sinalizações segundo o tipo de mau trato na ARS Centro em 2014**



Fonte: Suportes avaliação 2014, ARS Centro

Segundo a distribuição por sexo, as sinalizações foram no global mais frequentes no sexo feminino, correspondendo neste a 54% do total (Gráfico 8).

**Gráfico 8 – Distribuição do total das sinalizações segundo o sexo, 2014**



Fonte: Suportes avaliação 2014, ARS Centro

No entanto, a distribuição dos casos sinalizados por Abuso sexual/suspeita - 91 casos - , foi substancialmente mais frequente no sexo feminino em todos os ACeS/ULSs, com uma percentagem de 89,1% comparativamente com 11% para o sexo masculino (Quadros 7.a e 7.b).

**Quadro 7.a. - Distribuição dos tipos de mau trato segundo o sexo em 2014**

Tipo mau trato	Sexo		
	Masculino	Feminino	Sub total
Negligência	554	603	1157
Mau trato físico	26	39	65
Abuso sexual/suspeita	10	81	91
Mau trato psicológico	76	95	172
Síndrome de Munchausen	0	1	1
Outros	83	72	155
<b>TOTAL</b>	<b>749</b>	<b>892</b>	<b>1641</b>

Fonte: Suportes de avaliação, ARS Centro

**Quadro 7.b. - Distribuição das sinalizações em 2014 por ACeS/ULS, segundo o tipo mau trato, por sexo**

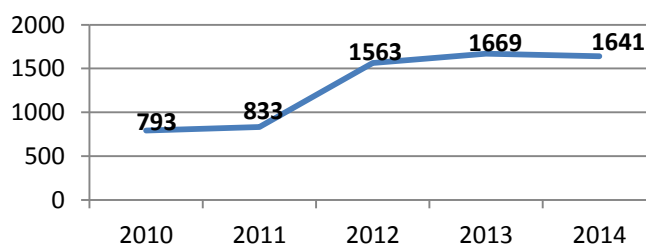
Sexo	Masculino									Feminino								
	BM	BV	PIN	PL	DL	CV	G	CB	Sub Total	BM	BV	PIN	PL	DL	CV	G	CB	Sub Total
Negligência	298	56	30	87	51	5	15	12	554	345	53	26	79	50	14	22	15	604
Mau trato físico	5	9	1	4	1	3	2	1	26	11	10	1	9	3	2	1	2	39
Abuso sexual/suspeita	4	0	0	2	1	0	1	2	10	23	14	1	25	10	2	4	2	81
Mau trato psicológico	17	1	1	52	3	1	1	0	76	31	1	1	50	9	1	1	1	95
Outros	24	6	0	0	39	12	2	0	83	18	5	0	0	38	8	3	0	72
Síndrome Munchausen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>348</b>	<b>72</b>	<b>32</b>	<b>145</b>	<b>95</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>749</b>	<b>428</b>	<b>83</b>	<b>29</b>	<b>164</b>	<b>110</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>892</b>

Fonte: Suportes de registo de avaliação, ARS Centro

#### 4. 2. CASUÍSTICA – ANÁLISE COMPARATIVA DE 2010 A 2014

Em relação ao global das sinalizações aos Núcleos da ARS Centro, constata-se um aumento progressivo desde 2010 até 2013, com um ligeiro decréscimo em 2014 (Gráfico 9).

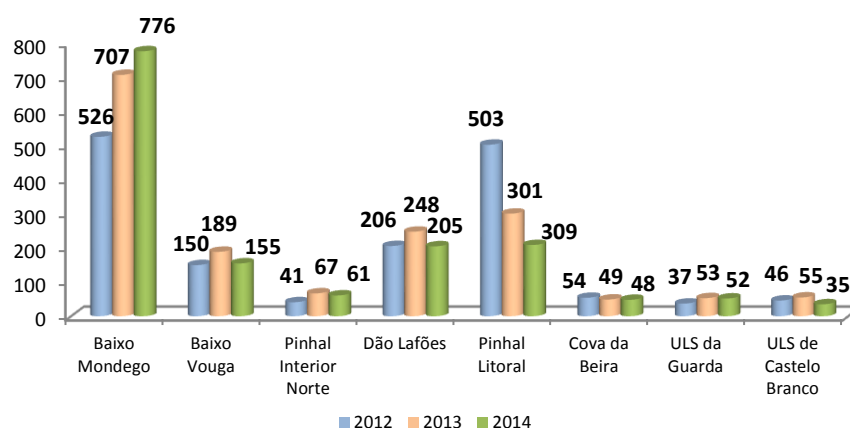
**Gráfico 9 - Evolução das sinalizações aos N(H)ACJR da ARS Centro, 2010/2014**



Fonte: Suportes registo ARS Centro

Analisando por ACeS/ULS, os núcleos com maior número de sinalizações correspondem aos de maior dimensão populacional (Gráfico 10).

**Gráfico 10 - As sinalizações por ACeS/ULS, na ARS Centro nos últimos 3 anos**



Fonte: Suportes registo ARS Centro

Analisando ao longo dos anos o tipo de mau trato sinalizado, verificamos que a negligência foi sempre a tipologia mais frequente. Em relação ao número de casos sinalizados por abuso sexual/suspeita, verificamos que houve um aumento dos mesmos desde 2010, cujo número mais do que triplicou entre 2010 e 2014 (Gráfico 11).

**Gráfico 11 - Tipologia das sinalizações na ARS Centro de 2010 a 2014**

Tipo mau trato \ Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Negligência	495	431	861	1206	1 157
Mau trato físico	51	48	68	75	65
Abuso Sexual/suspeita	26	30	78	84	91
Mau trato psicológico	136	192	89	177	172
Síndrome Munchausen	0	0	0	0	1
Outros	85	132	467	126	155
Total	793	833	1 563	1 669	1 641

Fonte: Suportes avaliação e registo, ARS Centro

#### 4.3. CASUÍSTICA DE 2014: CASOS SINALIZADOS, EM ACOMPANHAMENTO, ARQUIVADOS E ENCAMINHADOS

Das 1 641 situações sinalizadas em 2014, encontram-se em acompanhamento pelos núcleos 46,1%, foram arquivadas 13,1% e situações encaminhadas para os diversos parceiros 65,1%; referente ao encaminhamento algumas situações tiveram-no para mais do que um nível de intervenção (Quadro 8).

**Quadro 8 - Sinalizações em 2014: em acompanhamento, arquivadas e encaminhadas**

ARS Centro	TOTAL
Nº casos sinalizados	1 641
Em acompanhamento	757
Arquivados	215
Encaminhados	1069
Para parceiros do 1º nível	684
Para CPCJ	386
Para Tribunal	151

Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

De referir também, que para além das situações em acompanhamento sinalizadas em 2014, vários núcleos mantêm em acompanhamento situações sinalizadas em anos anteriores, de acordo com as necessidades identificadas.

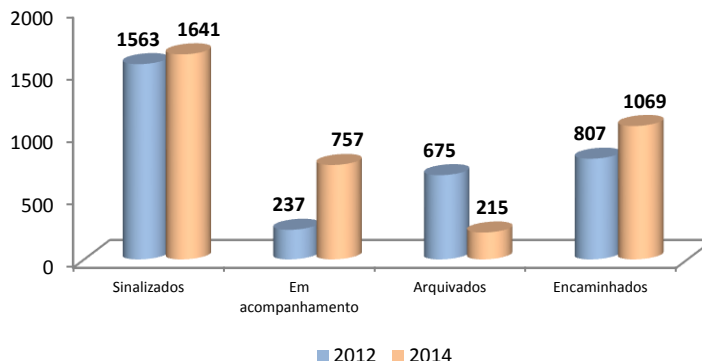
Fazendo a análise comparativa entre os dois anos, verificamos que em 2014 existiu um maior número de situações em acompanhamento e encaminhadas para os diversos níveis de intervenção, e um número muito inferior de casos arquivados (Quadro 9).

**Quadro 9 - Sinalizações em 2012 e 2014: comparação das situações em acompanhamento, arquivadas e encaminhadas**

ARS Centro	2012	2014
Nº casos sinalizados	1563	1 641
Em acompanhamento	237	757
Arquivados	675	215
Encaminhados	807	1069
Para parceiros do 1º nível	470	684
Para CPCJ	285	386
Para Tribunal	92	151

Fonte: Suportes de registo de avaliação, ARS Centro

**Gráfico 12 - Análise comparativa dos casos sinalizados em 2012 e 2014, em acompanhamento, encaminhados e arquivados**



Fonte: Registos avaliação ARS Centro, 2012 e 2014

## 5. MONITORIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS N(H)ACJR NA ARS CENTRO

Os elementos referentes à monitorização das atividades dos N(H)ACJRISCO da ARS Centro, foram recolhidos fundamentalmente com base no suporte de registo da DGS - “Ficha de monitorização das atividades dos N(H)ACJR” (Anexo 2), na qual foram introduzidas algumas alterações, de forma a melhorar o conhecimento referente ao diagnóstico dos N(H)ACJR.

Assim foi possível identificar :

- os recursos humanos dos núcleos e a sua constituição, assim como os recursos materiais (instalações próprias e outros suportes)

- a estrutura organizativa de cada núcleo (plano de atividades, regulamento interno), assim como a modalidade de funcionamento (horário dos técnicos, periodicidade das reuniões)
- as atividades de atendimento às situações sinalizadas e de consultadoria
- atividades na comunidade em geral e em particular as desenvolvidas no âmbito do mês de prevenção dos maus tratos na infância.
- atividades de formação dirigidas a profissionais de saúde
- dificuldades sentidas desde a implementação do programa
- necessidades formativas e outras

Apesar dos constrangimentos identificados, os profissionais com grande motivação foram tentando encontrar alternativas de funcionamento, outros modelos organizativos e a colaboração de profissionais que não fazendo parte formal dos núcleos com eles colaboraram.

Se é certo que alguns núcleos desenvolveram atividades de divulgação junto dos seus pares e de outras instituições, elaboraram o seu Plano de Atividades e Regulamento interno de acordo com as orientações existentes, mantiveram as reuniões de equipa regulares, noutros, os constrangimentos foram enormes, sendo os maiores a falta de recursos humanos e/ou a inexistência de disponibilidade dos técnicos. Nalguns núcleos constituídos e com afetação de recursos humanos, não existe disponibilidade dos profissionais em simultâneo o que condiciona e até impede a sua atividade.

## 5.1. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

No processo de consolidação da rede de núcleos, a realidade dos mesmos na ARS Centro é ainda diversa, em cada um dos ACeS e ULS, tendo ocorrido no ano de 2014 grandes alterações nalguns núcleos e na sua constituição, não existindo ainda a estabilidade desejada em parte deles. Apenas o Concelho de Vila Velha de Ródão não tinha em 2014 núcleo constituído pela saída de todos os profissionais indicados em 2009.

Em 2014, houve por parte de alguns ACeS, a preocupação na reestruturação dos Núcleos, procedendo à sua (re)constituição não só de acordo com as orientações técnicas (médico(a) e enfermeiro(a), mas integraram nos mesmos assistentes sociais (que integram simultaneamente vários núcleos), profissionais fundamentais pela especificidade do seu conhecimento e intervenção. Esta reestruturação não ficou concluída em 2014 e terá continuidade em 2015.

De referir que, dum modo geral na ARS Centro, tem havido uma evolução positiva na consolidação dos núcleos, assim como uma melhoria na organização e funcionamento nas diferentes equipas, com a realização mais regular e mais frequente de reuniões de equipa e de tempo atribuído aos profissionais em grande parte deles.

No entanto, ainda existe um número significativo de núcleos inactivos, sendo a maioria no âmbito das ULS de Castelo Branco e Guarda, estando identificada e reconhecida a necessidade por parte dos dirigentes de atualização das equipas com substituição dos profissionais que deixaram de as integrar e formalização das mesmas.

Em relação à organização funcional dos núcleos constatamos que em 2014:

- ▶ Elaboraram plano de atividades 32 dos 87 núcleos - 36,7% do universo dos núcleos
- ▶ Dispõem de regulamento interno 38 dos 87 núcleos - 43,7% do total
- ▶ Um número muito reduzido de núcleos, apenas 17, referiram ter instalações próprias ou espaço para reunirem,

arquivaram os materiais necessários e efetuar os atendimentos com privacidade.

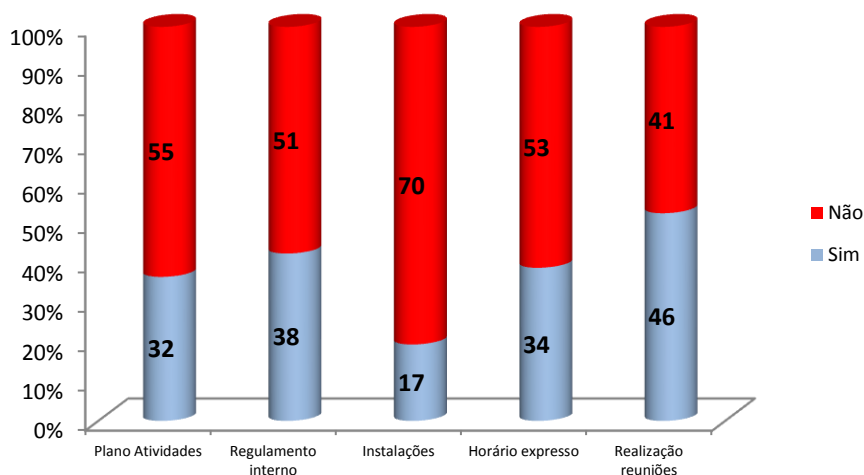
► Apenas em 34 dos 87 núcleos, os profissionais tinham horário expresso. Apesar das orientações da DGS fazerem referência à necessidade de aos profissionais serem afetados horas para o trabalho dos Núcleos, essa não é a realidade generalizada. Apesar destes constrangimentos, 46 dos 87 núcleos referiram ter realizado ao longo do ano reuniões de equipa, ainda que com uma periodicidade variável (Quadro 10 e Gráfico 13).

**Quadro 10 - Estruturação organizativa e o funcionamento dos Núcleos da ARS Centro em 2014, por ACeS/ULS**

ACeS	Plano Atividades	Regulamento interno	Instalações	Horário expresso	Reuniões equipa
Baixo Mondego	6	9	4	6	7
Baixo Vouga	5	7	2	6	9
Dão Lafões	7	6	4	6	8
PIN	9	8	3	7	8
PL	1	1	1	5	5
Cova Beira	2	2	2	2	2
Guarda	2	4	0	2	5
Castelo Branco	0	1	1	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>46</b>

Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

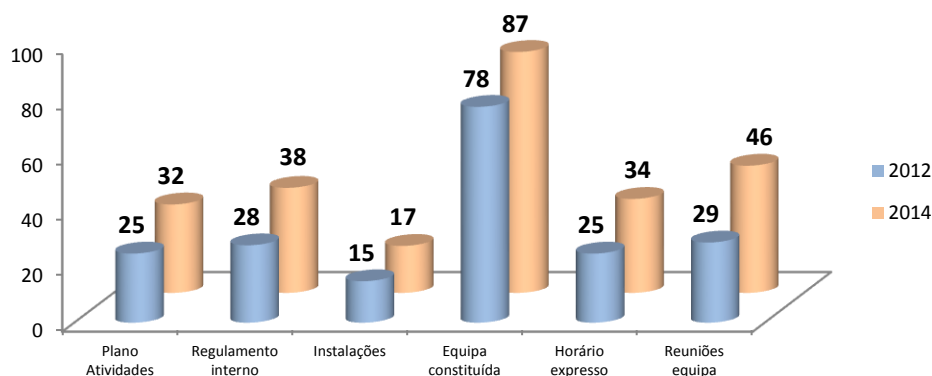
**Gráfico 13 - Estrutura organizativa e funcionamento dos Núcleos da ARS Centro em 2014**



Fonte: Suportes avaliação ARS Centro

Considerando que, a nível da estruturação dos núcleos e dos pressupostos inerentes ao seu funcionamento muito há ainda a melhorar, não podemos deixar de realçar o esforço que tem vindo a ser efetuado pela ARS Centro e localmente pelos ACeS e ULSs, o que se traduz por uma melhoria identificada no diagnóstico de 2014 comparativamente com 2012 com mais núcleos com Plano de Atividades, Regulamento Interno, instalações, equipa constituída, profissionais com horário expresso e com reuniões de equipa (Gráfico 14).

**Gráfico 14 - Análise comparativa 2014/2012: a estrutura organizativa e funcionamento dos Núcleos na ARS**



Fonte: Suportes avaliação ARS Centro

## 5.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Em 2014, 19 núcleos e todos eles dos Cuidados Primários, não desenvolveram qualquer actividade a que corresponde a 21,8% do seu universo.

Grande parte destes núcleos pertencem a concelhos muito pequenos, a maioria na Guarda e em Castelo Branco, em que os mesmos profissionais integram diversas respostas de outros projetos (CPCJ, SNIPI) e efetuam uma intervenção para as estruturas com rede de suporte já implementadas anteriormente - em muitos deles sempre que o Centro de Saúde recebe uma sinalização, ele próprio a encaminha para a CPCJ e como nela representam a saúde, na mesma definem a intervenção em conjunto.

### ✚ **Atendimentos, acompanhamento e encaminhamentos:**

Todos os núcleos que receberam sinalizações em 2014, desenvolveram atividades de atendimento e acompanhamento e/ou encaminhamento das mesmas para outras entidades e níveis de intervenção conforme as necessidades identificadas.

Nalgumas situações, os encaminhamentos foram efetuados para mais do que um parceiro, face à necessidade de intervenção de vários níveis.

### ✚ **Consultadoria:**

As atividades de consultadoria foram desenvolvidas em 2014 por um número ainda reduzido de núcleos nos Cuidados Primários, 35 dos 87 que corresponde a 40,2%, mas em relação aos Núcleos Hospitalares 100% dos mesmos as desenvolveram (**Quadro 11**).

#### Quadro 11 - Núcleos que desenvolveram atividade de Consultadoria em 2014

ACES/ULS	Consultadoria		Total Núcleos
	Sim	Não	
Baixo Mondego	5	12	17
Baixo Vouga	7	5	12
Dão Lafões	5	10	15
Pinhal Litoral	6	0	6
Pinhal Interior Norte	8	6	14
Cova da Beira	2	0	2
Guarda	1	12	13
Castelo Branco	1	7	8
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>52</b>	<b>87</b>

Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

#### Atividades para a comunidade:

Durante o ano de 2014, foram poucos os núcleos que desenvolveram atividades para a comunidade, apenas 28 o que corresponde a 32,2%. Estas atividades traduziram-se em reuniões com parceiros (Autarquias, Escolas, IPSS, PSP, GNR, Serviço de Apoio Domiciliário), divulgação dos núcleos em diversas iniciativas, realização de ações de sensibilização, elaboração de flyers, artigos para os jornais, debates em rádios locais, exposições temáticas e participação em iniciativas no âmbito da campanha de prevenção de maus tratos em crianças e jovens durante o mês de abril (Quadro 12).

#### Quadro 12 - Núcleos que desenvolveram atividades para a comunidade em 2014

ACES/ULS	Consultadoria		Total Núcleos
	Sim	Não	
Baixo Mondego	7	10	17
Baixo Vouga	3	9	12
Dão Lafões	6	9	15
Pinhal Litoral	5	1	6
Pinhal Interior Norte	6	8	14
Cova da Beira	2	0	2
Guarda	0	13	13
Castelo Branco	0	8	8
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>59</b>	<b>87</b>

Fonte: Suportes avaliação, ARS Centro

O nível de participação foi variável quer nas iniciativas quer no número de núcleos envolvidos por ACeS, não tendo havido em 2014 participação dos núcleos das ULSs da Guarda e Castelo Branco nestas atividades .

No **ACeS Baixo Mondego** em 2014, foram elaborados flyers e artigos para jornais e não desenvolveram atividades no mês de abril.

No **ACeS Baixo Vouga**, apenas 3 núcleos, Vagos, Águeda e Aveiro, desenvolveram atividades quer com a elaboração de flyers, participação em reuniões externas quer através de iniciativas durante o mês de abril, no âmbito

da campanha de prevenção de maus tratos em crianças e jovens.

No **ACeS Dão Lafões**, apenas os núcleos de Satão, Tondela, Santa Comba Dão, Carregal, Vouzela e Núcleo Hospitalar desenvolveram acções de sensibilização e formação a públicos diferentes, flyers (Santa Comba Dão), artigos para jornal local e debates na rádio e apenas 2 tiveram iniciativas no mês de abril.

No **ACeS Pinhal Interior Norte**, desenvolveram iniciativas os núcleos de Arganil, Miranda Corvo, Tábua, Vila Nova Poiares, Penela e Góis, com elaboração de flyers. O núcleo de Arganil participou ainda na apresentação pública do projecto "Tecer a violência" e o Núcleo de Tábua participou em conjunto com a CPCJ na "Caminhada nocturna aberta à comunidade, com a leitura dos direitos das crianças e a distribuição de laço azul e leitura da sua história".

No **ACeS Cova da Beira**, os seus dois núcleos para assinalarem o "Dia Mundial da Prevenção do abuso e Violência contra crianças e adolescentes" elaborou uma exposição itinerante iniciada a 13 de novembro de 2013 e até 27 de março de 2014 que decorreu nos serviços de saúde, em 3 CPCJ e diversas escolas.

No **ACeS Pinhal Litoral** 5 dos seis núcleos, desenvolveram ou participaram em diversas iniciativas dirigidas à comunidade, quer através da realização de reuniões, produção de materiais informativas e participação na Campanha de Prevenção dos Maus Tratos na Infância, durante o mês de abril.

O Núcleo da Marinha Grande realizou as atividades em parceria com a CPCJ da atividade "Laço azul", com as escolas do primeiro ciclo e para a população em geral.

O núcleo de Pombal participou na V Feira da Juventude de Pombal de 30 de maio a 1 de junho, com divulgação do núcleo.

Não desenvolveu iniciativas neste âmbito o núcleo de Porto de Mós.

O Núcleo de Leiria dinamizou e desenvolveu em parceria com Câmara Municipal de Leiria, CPCJ, GNR, PSP, IPDJ; Mulher Século XXI e Cruz Vermelha, diversas atividades no âmbito da Campanha da ARS Centro durante o mês de abril de 2014 com o lema "**Maus Tratos Infantis: Silêncio??? Não!!!**".

Atividades desenvolvidas:

- Elaboração do laço azul, com a frase "Maus Tratos Infantis: Silêncio??? Não!!!", de cartazes e outros materiais informativos com a história do laço
- Dia 21 de abril: Divulgação e afixação de cartazes alusivos e folheto informativo sobre a "História do laço azul"
- Dia 28 de abril: entrega simbólica de laços azuis nos diferentes serviços reforçando "Maus tratos infantis: Silêncio ??? Não !!!"
- Dia 29 de abril: Tertúlia temática a partir do documentário "Morte inventada" nas instalações do Mimo dinamizada pelos técnicos dos diferentes serviços intervenientes (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/ACeS Pinhal Litoral, CPCJ, PSP, GNR, Mulher de Século XXI)
- Dia 30 de abril: Caminhada de sensibilização integrada na "caminhada 57º Brisas do Lis Night Run!", em Leiria
- Exposições temáticas em serviços públicos.

## 6. DIFICULDADES SENTIDAS

Entre as principais dificuldades referidas pelos técnicos dos N(H)ACJR, estão algumas limitações a nível dos recursos materiais, mas são fundamentalmente a nível dos recursos humanos que elas se fazem sentir com maior intensidade.

### 6.1. Recursos Materiais

As limitações referidas por alguns núcleos no âmbito dos recursos materiais, são:

- Inexistência de instalações próprias para as atividades regulares de atendimento personalizado em condições de privacidade adequadas, realização de reuniões e arquivo de material
- Não disporem de meios logísticos necessários (telefone, acesso à internet, equipamento informático) para que se possa em segurança guardar os ficheiros do Núcleo.
- Inexistência de uma plataforma informática que permitiria uma melhor circulação da informação – inoperacionalidade das bases de dados e das aplicações informáticas disponibilizadas pela DGS, dado que nem todos os profissionais de saúde têm ainda acesso ao S Clinic.
- Falta de impressora a cores

### 6.2. Recursos Humanos

As dificuldades referidas neste âmbito são as mais significativas e com maior impacto, desde a constituição da equipa, à (in)disponibilidade horária dos profissionais das mesmas e à articulação com os profissionais das Unidades de Saúde ou outros serviços, nomeadamente as CPCJ.

A escassez de recursos humanos, acarreta dificuldades na organização, planificação, divulgação do N(H)ACJR, assim como no acompanhamento das situações. De referir que a falta de respostas na comunidade e na saúde, faz com que as equipas dos núcleos para além do apoio de consultadoria previsto, tenham de intervir também de forma direta para colmatar as faltas existentes.

#### 6.2.1. Na constituição equipa

- Escassez/Déficé de recursos humanos nos serviços de saúde (sendo os existentes prioritariamente orientados para atividades assistenciais) agravado pela saída de profissionais sem substituição o que provoca constantes reformulações dos núcleos, com novos elementos (quando chegam), sem preparação para o tipo de trabalho difícil e específico do núcleo, trazendo necessidades de formação, muitas vezes de nível básico.
- Saída de todos os profissionais num núcleo, e ainda não implementado.
- Equipa insuficiente em multidisciplinaridade (nomeadamente em técnicos de serviço social, psicólogo e médico) mas também quando existem nominalmente a falta de disponibilidade pelo número elevado de outras atribuições dos mesmos profissionais.
- A ausência de apoio administrativo.
- Inexistência da definição de coordenador entre os elementos da equipa.

#### 6.2.2. Disponibilidade horária

Num número significativo de núcleos, apesar da equipa estar “formalizada”, não existe disponibilidade dos profissionais, pelo que as principais limitações apontadas foram:

- A inexistência de horário específico para a atividade o que condiciona ou inviabiliza o funcionamento das equipas.
- Necessidade de maior disponibilidade de tempo dos diferentes técnicos para atendimento/avaliação e/ou orientação das situações sinalizadas - a falta de disponibilidade dos profissionais limita o funcionamento dos

N(H)ACJR quer na sua estruturação e desenvolvimento de todas as atividades do Plano de Ação, para atendimento, avaliação e/ou orientação das situações sinalizadas, e noutros casos dificulta a implementação do programa.

- Número insuficiente de profissionais/horas para o N(H)ACJR, agravado pelo aumento dos casos em número e complexidade.
- Dificuldade em definir a disponibilidade de horário de cada técnico e conjugar essa disponibilidade entre todos, dificuldade agravada quando os elementos da equipa se encontram dispersos em diferentes estruturas físicas.
- Pouca disponibilidade para o N(H)ACJR devido a outros projetos e a multiplicidade de atividades desenvolvidas pelos diversos dos membros da equipa

### **6.3. Articulação com os profissionais das Unidades de Saúde**

As principais dificuldades nesta área são sobreponíveis em todos os ACeS e ULSs e com as diferentes Unidades de Saúde (USF, UCSP e UCC), podendo resumir-se a:

- Falta de motivação das equipas de saúde familiar para acompanhar os casos autonomamente
- Inexistência de disponibilidade dos profissionais das USF para integrarem as equipas dos núcleos
- Falta de sensibilização dos profissionais para a deteção precoce das situações
- Dificuldade de colaboração dos profissionais das equipas de saúde - UCSP(s)
- Dificuldade de articulação do NACJR e as diferentes Unidades Funcionais, com situações de sobreposição de atividades e intervenções
- Ausência de sinalização ao núcleo, das situações de crianças e jovens em risco, em acompanhamento por outras equipas prestadoras de cuidados de saúde, para efeitos estatísticos e de sistematização

### **6.4. Articulação entre núcleos dos Cuidados Primários/Núcleos Hospitalares**

- Limitações à intervenção inerentes a reduzida demora média de internamento dos recém nascidos – dificuldade em conciliar a alta clínica com a alta social, o que dificulta a discussão e articulação no acompanhamento de casos
- Dificuldade de articulação entre núcleos (Cuidados Primários e Hospitalares) na obtenção de informação de feedback das situações sinalizadas.
- Deficiente articulação entre os Núcleos Hospitalares e os dos Cuidados Primários no sentido de uniformizar critérios de atuação.

### **6.5. Outras**

- Dificuldade em sensibilizar os profissionais para trabalharem em articulação com os N(H)ACJR
- A desvalorização da casuística por parte dos profissionais.
- A não valorização dos fatores de risco por parte dos profissionais
- A cultura de sinalização imediata e em primeiro lugar das situações para a CPCJ, 2º nível de intervenção, desvalorizando a intervenção dos N(H)ACJR, enquanto 1º nível de intervenção
- Necessidade de uma maior aproximação com as CPCJ's, para que se possa agilizar as intervenções e as casuísticas.
- Necessidade de melhor clarificação das tipologias de maus tratos e uniformização no preenchimento de dados estatísticos (não identificação de maus tratos/situações de risco)
- Procedimentos e clarificação para o arquivo de processos

- ❑ Dificuldade para a definição de indicadores de avaliação
- ❑ A constante necessidade de formação, ao nível da supervisão de casos e de temáticas ligadas às áreas da legislação e dos procedimentos relacionados com as questões judiciais, para que se possa estabelecer uma cooperação mais eficaz.
- ❑ Dificuldade de partilha de informação por parte de alguns técnicos da saúde envolvidos na abordagem das situações de risco
- ❑ Ausência de informação de retorno por parte das CPCJ, para onde os casos são referenciados.
- ❑ A falta de reuniões com outras equipas intervenientes na mesma área a nível de supervisão, numa partilha de saberes, para se delinear uma metodologia conjunta
- ❑ Falta de sensibilidade de alguns superiores hierárquicos para esta problemática o que implica a dificuldade em atribuição de horário específico para o desenvolvimento das diferentes atividades dos N(H)ACJR, principalmente a médicos.
- ❑ A alteração da alocação dos projetos multidisciplinares e intersetoriais (já existentes antes da UCC) e em grande parte passarem a constar como "Projetos e actividades da carteira de serviços da UCC "- NACJR, I P (SNIP), a CPCJ e RSI dado que estes projectos têm e devem ter profissionais de várias Unidades Funcionais.
- ❑ Linhas orientadoras insuficientes – necessidade de existir uma equipa de supervisão para esclarecimento de dúvidas
- ❑ Falta de protocolos de atuação/articulação

## **7. FORMAÇÃO E NECESSIDADES FORMATIVAS:**

### **7.1. A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

A formação dos profissionais é fundamental para a qualidade do trabalho desenvolvido, implementação e garantia de boas práticas nas diferentes áreas de intervenção. A ARS Centro com base na identificação das necessidades de formação e também pela mobilidade de profissionais, tem continuado a promover as ações de formação dirigidas aos profissionais dos núcleos em áreas consideradas prioritárias. Assim em 2014, manteve as ações referentes a: *“Formação inicial para intervenção em abuso sexual infantil - Conhecer para Intervir”*, *Formação avançada na Intervenção em Abuso Sexual Infantil* e *“Avaliação do Desenvolvimento das Competências Parentais e Síndrome de Alienação Parental”*.

Promoveu ainda, pela primeira vez em 2014, a formação relacionada com a *“Intervenção psico e socio terapêutica com agressores menores e famílias”* e integrando também a componente de supervisão (**Quadro 12**).

Foram assim concretizadas 7 ações de formação e abrangidos 207 profissionais, sendo que alguns deles participaram em mais do que uma acção (**Quadro 12**).

**Quadro 12 - Ações de formação promovidas pela ARS Centro em 2014**

Formação	Nº ações	Duração ação (horas)	Formandos
Formação inicial em abuso sexual “Conhecer para Intervir”	1	14 x 1	39
Formação avançada na Intervenção em Abuso Sexual Infantil	2	14 X 2	43
Avaliação do desenvolvimento das Competências Parentais e Síndrome de Alienação Parental.	1	14 x 1	49
Intervenção psico e socio terapêutica com agressores menores e famílias. Supervisão	3	14 x 3	76
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>98</b>	<b>207</b>

Fonte: Suportes registo ARS Centro

As ações de formação promovidas de forma regular ao longo dos anos, têm privilegiado prioritariamente os profissionais dos núcleos, com um nível de participação muito elevada por parte dos mesmos em todas as ações (Quadro 13).

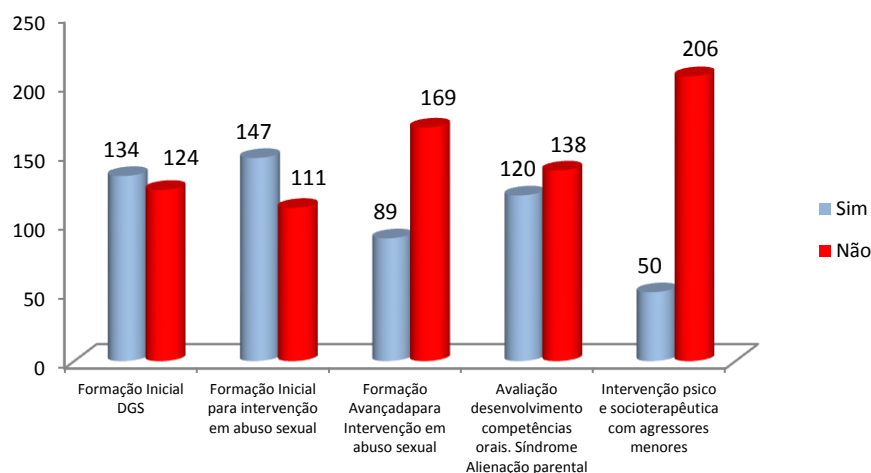
**Quadro 13 - Profissionais que participaram nas diferentes ações de formação por ano**

Ano	2011	2012	2013	2014
Número de ações	5	5	3	7
Número de profissionais	114	177	91	207

Fonte: Suportes registo ARS Centro

Se é certo que um número elevado recebeu formação, muitos desses profissionais já não integram os núcleos atualmente, e a entrada de novos elementos sem formação específica, acentua as necessidades que continuam a existir em todas as áreas temáticas que têm vindo a ser privilegiadas pela ARS Centro (Quadro 15).

**Gráfico 15 - Número de profissionais dos NHACJR com formação nas diferentes áreas**

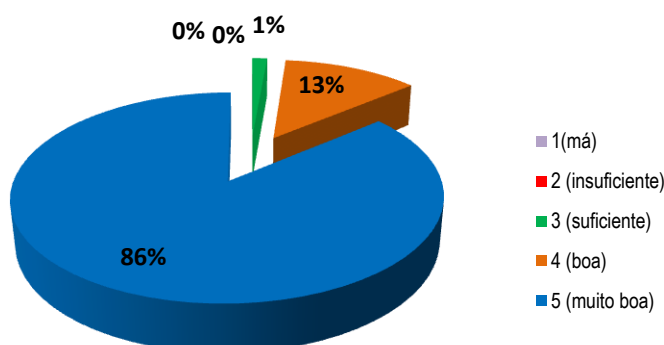


Fonte: Suportes registo ARS Centro

Tem havido também, a preocupação de avaliar o grau de satisfação dos profissionais em relação a todas as ações de formação programadas em que participam, nomeadamente em relação ao interesse dos conteúdos e à utilidade profissional.

Assim, em relação à ação de formação que decorreu pela primeira vez na ARS Centro em 2014 “Intervenção psico e socio terapêutica com menores agressores”, e numa escala de 0 (má) a 5 (muito boa), 99% dos participantes classificaram a formação segundo o interesse em boa ou muito boa. (Gráfico 16).

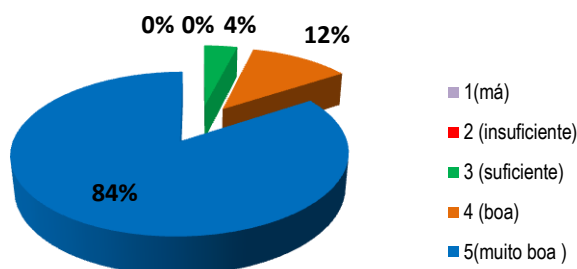
**Gráfico 16 - Avaliação da ação Intervenção psico e socio terapeutica com menores agressores,segundo o Interesse**



Fonte: Suportes registo ARS Centro

Segundo a utilidade profissional, 96% dos participantes também a classificaram como boa ou muito boa (Gráfico 17).

**Gráfico 17 - Avaliação da ação Intervenção psico e socio terapêutica com menores agressores segundo a utilidade profissional:**



Fonte: Suportes registo ARS Centro

## 7.2. NECESSIDADES FORMATIVAS

Foram identificadas diversas necessidades formativas expressas pelos profissionais dos núcleos, quer por parte dos novos elementos assim como de outros que ainda não tiveram oportunidade de a frequentar desde a formação inicial da DGS à continuidade das acções que têm vindo a ser desenvolvidas pela ARS Centro, assim como sugestões de

outros temas de formação futuras:

**São sugeridas como proposta outros conteúdos temáticos para formação futura:**

- ✚ Negligência Infantil
- ✚ Desenvolvimento infantil
- ✚ Maus tratos
- ✚ Gestão de conflitos
- ✚ Mediação familiar: estratégias para famílias disfuncionais
- ✚ Avaliação de competências parentais
- ✚ Promoção de competências parentais e/ou de outros familiares cuidadores de crianças e jovens
- ✚ Parentalidade
- ✚ Alienação parental
- ✚ Violência doméstica
- ✚ Trabalho em equipa e articulação interinstitucional (normas e orientações)
- ✚ Supervisão de casos
- ✚ Supervisão de casos clínicos sob o ponto de vista jurídico
- ✚ Os limites da atuação dos NACJR nos casos em que a problemática é predominantemente social e já se encontram em acompanhamento por outros técnicos de 1ª linha.
- ✚ Identificação de sinais físicos e/ou psicológicos de maus tratos numa abordagem Médico -Legal
- ✚ Operacionalização/gestão dos processos (tipo fluxograma)
- ✚ Protocolos de atuação
- ✚ PIAF
- ✚ Estratégias de intervenção com as famílias - entrevistas estruturada à família com perguntas direccionadas consoante o tipo de mau-trato identificado
- ✚ Construção de história de vida. Genograma.
- ✚ Estratégias de intervenção com as famílias, metodologia processual e organização de processos

## **8. OUTRAS NECESSIDADES**

- Necessidade de uma maior aproximação com as CPCJ's, para que se possa agilizar as intervenções e as casuísticas.
- Necessidade de melhor clarificação das tipologias de maus tratos e uniformização no preenchimento de dados estatísticos, (não identificação de maus tratos/situações de risco)
- De procedimentos e clarificação para o arquivo de processos
- A constante necessidade de formação, ao nível da supervisão de casos e de temáticas ligadas às áreas da legislação e dos procedimentos relacionados com as questões judiciais, para que se possa estabelecer uma cooperação mais eficaz.
- Sensibilização dos profissionais para partilha de informação por parte de alguns técnicos da saúde envolvidos na abordagem das situações de risco e também ausência de informação de retorno por parte das CPCJ, para onde os casos são referenciados.

- Realização de reuniões com outras equipas intervenientes na mesma área a nível de supervisão, numa partilha de saberes, para se delinear uma metodologia conjunta

## 9. OBSTÁCULOS

Foram apontados alguns obstáculos à atividade dos núcleos:

- ✚ O défice de recursos humanos dos diferentes grupos profissionais que compõem os núcleos
- ✚ A falta de tempo atribuído aos profissionais para a atividade nos Núcleos
- ✚ A pouca sensibilidade para o problema e pouca colaboração por parte dos profissionais de outras unidades, em particular das USF, mas cuja colaboração é relevante
- ✚ O processo continuado de reorganização das unidades funcionais nos CSP
- ✚ A escassez de resposta às situações por parte de outras entidades de 1ª linha e as dificuldades de articulação com as CPCJ.
- ✚ O nem sempre suficiente envolvimento por parte das hierarquias
- ✚ A carência de supervisão e possibilidade de discussão de casos
- ✚ A instabilidade na constituição de diversos núcleos
- ✚ Ausência de formalização de alguns núcleos
- ✚ Equipa insuficiente (horário e multidisciplinariedade)
- ✚ Integração noutras equipas pluridisciplinares (USP, CPCJ) com dificuldade na gestão dos tempos
- ✚ Ausência de profissional de saúde da área de MGF e Psicologia
- ✚ Dificuldade dos profissionais para a formalização das situações
- ✚ Falta de sensibilidade dos profissionais para deteção precoce das situações
- ✚ Inexistência de suporte informático específico
- ✚ Inexistência de email específico para os NACJR

## 10. OUTRAS ATIVIDADES DA COORDENAÇÃO REGIONAL DA AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO/CRSMCA:

Ao longo do ano de 2014, foram efetuados contactos formais e informais com os profissionais dos Núcleos de iniciativa da Coordenação da Ação da Saúde para Crianças e Jovens em Risco, mas também inúmeros da iniciativa dos próprios núcleos.

Foram ainda desenvolvidas diversas atividades:

- ❖ Atualização da constituição das equipas
- ❖ Organização de 7 ações de formação para N(H)ACJR: 1 sobre “Intervenção Inicial em Abuso Sexual - Conhecer para intervir”; duas sobre “Intervenção Avançada em Abuso sexual” e uma sobre “Avaliação e Desenvolvimento das Competências Parentais e Síndrome de Alienação Parental” e três sobre “Intervenção psico e socioterapêutica com agressores menores e famílias. Supervisão.”
- ❖ Divulgação dos conteúdos e materiais referentes às ações de formação
- ❖ Participação nas reuniões da Equipa de Análise com a Comissão de Acompanhamento da DGS.
- ❖ Divulgação de referenciais técnicos diversos

### 10.1. REUNIÕES COM OS NHACJR POR ACES

Considerando a necessidade de um trabalho de organização de maior proximidade face às especificidades e

realidades locais, à importância do trabalho em rede e complementaridade das respostas dos diferentes parceiros e níveis de intervenção, foi entendido como fundamental concretizar reuniões em cada ACeS e ULS, com envolvimento do Núcleo Hospitalar e Conselho de Administração, Núcleos dos ACeS, Conselho Clínico do ACeS respetivo, Unidades Coordenadoras Funcionais, CPCJ das respetivas áreas de intervenção.

Iniciadas em março de 2014, estas primeiras reuniões tinham como objetivo definido, promover um melhor conhecimento entre os diferentes níveis de intervenção e potenciar reuniões periódicas enquanto espaços de partilha, maior conhecimento, de discussão de casos e supervisão.

Foram realizadas duas reuniões em 2014, uma em Viseu a **17 de março de 2014** e outra em Leiria a **12 de dezembro de 2014**.

Contou com a presença de diversos profissionais do Hospital, elemento do Conselho Clínico do ACeS, Núcleos dos ACeS e profissionais das CPCJs.

**A ordem de trabalhos foi previamente definida:**

- Apresentação do diagnóstico dos Núcleos ARS Centro
- Diagnóstico específico dos Núcleos do ACeS (Dão Lafões em Viseu e Pinhal Litoral em Leiria)
- Diagnóstico e atividade dos Núcleo Hospitalares
- O papel das UCFs
- Articulação Saúde/ CPCJ e representação da saúde nas mesmas

No espaço de debate foram partilhadas algumas dificuldades nomeadamente:

**Gestão de casos** - por parte dos representantes das CPCJs presentes, nomeadamente o referente à não gestão de casos por parte da saúde na Comissão restrita e discordância da orientação contida na Diretiva Conjunta nessa situação em concreto. Assim, foi percebido que em várias CPCJs, a gestão de casos é efectuada pelos Representantes da Saúde, porque também se debatem com escassez de recursos humanos e o entendimento que todos os membros da Comissão Restrita devem ter intervenção semelhante. Por parte dos profissionais de saúde foram também identificadas dificuldades neste ponto em concreto dado que há situações em que são os intervenientes no âmbito do Núcleo (1º nível) e gestores de caso na CPCJ (2º nível), o que nessas situações, concentra a avaliação no mesmo profissional e contraria a recomendação da pluridisciplinariedade. Também para as famílias intervencionadas existem dificuldades de compreensão em relação ao profissional e às competências diferentes na intervenção.

**Partilha de informação** - foram também identificadas inúmeras dificuldades na disponibilização de informação relevante, por parte de alguns serviços de saúde às CPCJs em particular dos Serviços Hospitalares, mesmo quando no pedido são respeitadas as orientações (identificado o representante médico da saúde para que essa informação relevante lhe seja dirigida).

## **10.2. ATIVIDADES NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DOS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS – ABRIL 2014**

Foram desenvolvidas no âmbito da ARS Centro, diversas iniciativas no âmbito da campanha de prevenção de maus tratos na infância em abril 2014, com o lema “**Maus Tratos Infantis: Silêncio???** Não!!!”

Dinamizado pela equipa do CAJ/NACJR de Leiria e em parceria com a CPCJ de Leiria, GNR de Leiria, PSP de Leiria, IPDJ e Câmara Municipal de Leiria, em articulação com a ARS Centro/CRSMCA foram elaborados diversos materiais informativos e organizadas diversas iniciativas.

Produção de materiais: história do laço azul (folheto informativo sobre a história do laço azul), elaboração de 1 cartaz

da campanha e outros cartazes (conceito mau trato), elaboração de laços azuis. Os materiais produzidos foram divulgados pelos diferentes núcleos da ARS Centro.

- **Cartazes e folhetos informativos**

*Campanha de prevenção dos maus tratos na infância - abril 2014*

## MAUS TRATOS INFANTIS

**SILÊNCIO ? ..... Não !!!**



**HISTÓRIA DO LAÇO AZUL**

A Campanha do Laço Azul (Blue Ribbon) iniciou-se em 1989, na Virgínia, E.U.A. quando uma avó, Bonnie W. Finney, amarrou uma **fita azul** à antena do seu carro para fazer com que as pessoas se questionassem.

A história que Bonnie Finney contou aos elementos da comunidade que a interpelaram foi trágica, contando os episódios de maus-tratos à sua neta. O seu neto já tinha sido morto por maus tratos, de forma brutal. E porquê azul? Porque apesar do azul ser uma cor bonita, Bonnie Finney não queria esquecer os corpos batidos e cheios de nódulos negros dos seus dois netos. O azul servir-lhe-ia como um **alerta constante** para a sua luta na proteção das crianças contra os maus tratos.

A história de Bonnie Finney demonstra-nos como o **efeito da preocupação de um único cidadão** pode ser eficaz no **despertar das consciências** da população, relativamente aos maus-tratos contra as crianças, na sua **prevenção e na promoção e proteção dos seus direitos**.

*"O Azul funciona para mim como um constante lembrete/alerta para lutar pela proteção das crianças"*

*Bonnie W. Finney*



*Campanha da Prevenção dos Maus Tratos na Infância - abril 2014*

### Mau trato: conceito

Qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.

In "Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, DGSC"



*"A melhor forma de tratar o problema é impedir que aconteça"*

Paulo Sérgio F. Urbano, Diretor das Crianças Vidas



No concelho de Leiria, as iniciativas da Campanha tiveram uma maior envolvência dos diversos parceiros desde a programação à concretização das iniciativas e decorreram de forma estruturada:

**Mês abril:** exposições temáticas nos diferentes serviços “**Maus tratos na infância: Silêncio ??? Não !!!**”;

**Dia 21 de abril:** Divulgação e afixação de cartazes alusivos e folheto informativo sobre a “História do laço azul”;

**Dia 28 de abril:** Entrega simbólica de laços azuis com mensagem da campanha nos diferentes serviços reforçando o lema “Maus tratos infantis: **Silêncio ??? Não !!!**”;



Foto: Laço com mensagem

**Dia 29 de abril:** Tertúlia temática dirigida à população em geral “**Responsabilidades parentais: mas e às vezes ???**” a partir do documentário “Morte inventada”. Serviços intervenientes no debate Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco/ACES Pinhal Litoral, Câmara Municipal de Leiria, CPCJ de Leiria, PSP de Leiria, GNR de Leiria, e Associação Mulher Século XXI.



Foto: Debate “Responsabilidades parentais: mas e às vezes ???”

**Dia 30 de abril:** Caminhada de sensibilização com participação na “caminhada 57º Brisas do Lis Night Run!”

Os materiais produzidos foram divulgados pelos diferentes núcleos, ainda que o facto de terem sido tardiamente não permitiu aos mesmos agendar atempadamente as ações específicas, face também aos constrangimentos de tempo que têm.

Na campanha promovida pelo Núcleo de Leiria em parceria com outras instituições, foram impressas T shirts alusivas com o lema definido pela saúde e utilizadas nas diversas actividades e na marcha.



Foto: Alguns participantes na “caminhada 57° Brisas do Lis Night Run!”

### 10.3. OUTRAS ATIVIDADES/INTERVENÇÕES/COMUNICAÇÕES:

Durante o ano de 2014, foram efetuadas solicitações à coordenação da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco da ARS Centro sobre a especificidade de intervenção dos núcleos, às quais se procurou dar resposta.

Comunicações apresentadas em Encontros:

- ✚ “**A intervenção dos núcleos de apoio a crianças e jovens**”, integrada na mesa “Saúde escolar: desafio multidisciplinar” em Miranda do Corvo, 28 março 2014
- ✚ “**Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco: que diagnóstico?**”, comunicação no VII Plenário das UCFs a 22 de maio de 2014, promovido pela CRSMCA ARS Centro
- ✚ “**Avaliação e intervenção em crianças vítimas de maus tratos**”, nas IX Jornadas de Enfermagem, Centro Hospitalar de Leiria, 16 outubro 2014
- ✚ **Moderação da SESSÃO PLENÁRIA:** “Violência entre parceiros íntimos Que respostas nos Cuidados de Saúde Primários e nos Serviços de Urgência Hospitalar” promovida pelo PIR no dia- 25 novembro 2014.

Produção de outros materiais:

- ✚ Elaboração de cartazes - Dia Internacional para a Erradicação da Violência contra a Mulher- 25 de Novembro de 2014 – “**BASTA! NÃO TENHA MEDO DE PARTILHAR O SOFRIMENTO**”
- ✚ Foi ainda realizada pelo Núcleo de Leiria em novembro 2014 uma exposição temática sobre “**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – EU DIGO NÃO!!!**”

No decurso das actividades que foram sendo promovidas pela Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco/CRSMCA da ARS Centro, a colaboração do Gabinete de Imprensa permitiu a divulgação das mesmas, quer no site da ARS, quer através de nota de imprensa, mas também por solicitação de rádios locais.

- Nota de Imprensa de 06.03.2014:



### **ARSC CAPACITA MAIS PROFISSIONAIS PARA LIDAREM COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO**

A Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), no âmbito do Projeto Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, está a desenvolver várias formações para 267 profissionais que integram os 78 Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. O objetivo da formação visa uma maior capacitação técnica destes profissionais, que atuam nas unidades de saúde dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e nos hospitais da região Centro com atendimento pediátrico, de forma a aumentar a resposta a situações de risco.

Desde a implementação do Projeto Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco que a ARSC, através do seu Gabinete de Formação, tem vindo a capacitar, em continuidade, os profissionais dos referidos núcleos de apoio (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) em áreas como Formação Inicial em Abuso Sexual, Conhecer para Intervir, Formação Avançada em Abuso Sexual, Avaliação e Desenvolvimento das Competências Parentais e Síndrome de Alienação Parental. A próxima formação, prevista para breve, contemplará a área de Intervenção com agressores de menores.

Segundo os últimos dados do relatório da Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da ARSC, que coordena a atividade dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, foram sinalizadas mais de 1500 situações, na sua maioria de negligência, seguidas de casos abuso sexual, maus tratos físicos e maus tratos psicológicos. Atualmente, encontram-se em acompanhamento próximo 671 casos, correspondendo a 44,1% de situações acompanhadas em toda a região por profissionais de saúde destes núcleos.

Segundo a Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da ARSC, tem sido notória a contribuição dos Núcleos para um melhor conhecimento desta realidade a nível regional, bem como o seu crescente papel enquanto entidades de consultoria e acompanhamento das situações de risco.

Gab.RP Com. ARSC, IP

2014-03-06



## 2. A formação dos profissionais:

- ✚ Continuidade da formação dos técnicos dos NHACJR promovida pela ARS Centro de forma a garantir a formação dos mesmos em áreas específicas da sua intervenção, com tradução em boas práticas capacitando os mesmos para os diferentes objectivos da sua ação
- ✚ Partilha com outras equipas de diferentes NACJR (modelos de organização, atividades, parcerias)
- ✚ Articulação/discussão casos/Supervisão Núcleos ACeS/Núcleo Hospitalar
- ✚ Replicação da formação recebida pelos profissionais dos núcleos, junto dos outros profissionais de saúde, de forma a contribuir para uma maior sensibilização

## 3. Articulação intra e interinstitucional e o trabalho em rede/parceiros

- ✚ Promover a articulação com outros projetos e recursos comunitários (1º nível intervenção), assim como com os outros níveis (CPCJ) através de reuniões de trabalho e partilha de informação e atividades
- ✚ Promover a articulação com os parceiros da 1ª linha, das CPCJ e outras, para a concretização de ações de formação dos profissionais de saúde e outros, para a sensibilização dos profissionais para a deteção precoce
- ✚ Promover e dinamizar a Campanha Regional da Prevenção de Maus Tratos em Crianças e Jovens – abril de 2015, num trabalho em rede com os diferentes parceiros.
- ✚ Promover a articulação com a Coordenação Regional da Saúde Escolar para divulgação e replicação do projecto experimental iniciado em 2014 no Agrupamento de Escolas Henrique Sommer, na Maceira “A propósito dos maus tratos o que é para mim ser bem tratado, na família, na escola e nos amigos”.
- ✚ Reunião com a ERA, na ARS Centro para um trabalho de complementariedade articulado e integrado, na especificidade da rede de núcleos e as Unidades Funcionais
- ✚ Reunião com Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, enquanto Unidade de Planeamento para um trabalho de definição de alguns indicadores para avaliação do trabalho dos núcleos, assim como a integração com outros projectos de saúde pública
- ✚ Elaboração de flyers, processo iniciado mas não concluído em 2014 face à grande alteração na constituição dos núcleos e frequentes alterações nos mesmos
- ✚ Promover o esclarecimento de situações específicas e definir estratégias facilitadoras da comunicação referentes à partilha de informação entre as diferentes entidades e as diferentes níveis de intervenção
- ✚ Promover a realização de protocolos de atuação a nível regional de forma a uniformizar

## 4. Campanha de Prevenção de Maus Tratos em Crianças e Jovens na ARS Centro 2015

### Lema - Maus Tratos em Crianças e Jovens: Silêncio ??? Não!!!!

Dar continuidade à organização e dinamização destas campanhas por parte da ARS Centro, considerando o envolvimento dos parceiros e a sua avaliação positiva, num contexto de exemplo de boas práticas, promovendo a replicação das experiências existentes integradas num projecto estruturado.

## 5. N(H)ACJR e EPVA

Considerando a interligação indispensável entre os Núcleos e das EPVA, a transversalidade das intervenções e das equipas, a gestão eficiente dos recursos humanos e as boas práticas necessárias, pretendemos continuar a promover a atividade integrada, evitando assim a multiplicação de intervenções e a individualidade das respostas.

## **ARS CENTRO**

### **Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**

**Odete Mendes** (Coordenadora  
Regional da Ação de Saúde para  
Crianças e Jovens em Risco)

**José Peixoto**

**José Órfão**

**Maria João Bilelo**

**Alzira Ferrão**

**Lina Ramos**

**José Dias**

**Ivone Saavedra**

## 12. ANEXOS



## ARS CENTRO

### Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Casuística dos NACJR e NHACJR

N(H)ACJR de .....

Número de Casos	Ano de 2014 (de 1 Janeiro a 31 Dezembro 2014)		
	M	F	TOTAL
<b>Total de Casos Sinalizados</b>			
• Em Acompanhamento			
• Arquivados			
• Total de Encaminhados			
<i>se possível, discriminar:</i>			
o Para parceiros 1º Nível			
o Para CPCJ			
o Para Tribunal			
Tipo de Mau Trato <sup>1</sup>	Ano de 2014 (de 1 Janeiro a 31 Dezembro 2014)		
	M	F	TOTAL
Negligência (inclui abandono)			
Mau trato físico			
Abuso sexual (suspeita)			
Mau trato psicológico (abuso Emocional)			

<sup>1</sup> Nas situações em que sejam identificados diferentes tipos de mau trato, mencionar apenas o considerado mais grave.

# AVALIAÇÃO 2014

## MONITORIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS NACJR ENHACJR

N(H)ACJR .....

1. Data da sua constituição:...../...../.....

2. Elaboração de Plano de Atividades para este Programa: Sim  Não

2.1 Apresentação do Plano de Atividades:

aos profissionais de saúde do Centro de saúde /Serviço Hospitalar Sim  Não

à CPCJ Sim  Não

a outros parceiros Sim  Não

Se SIM a quem?

.....  
.....  
.....

2.2 Os profissionais do centro de saúde conhecem a composição do NACJR e os objetivos do mesmo:

Todos  Só alguns

3. Elaboração de Regulamento Interno: Sim  Não

4. O NACJR dispõe de Instalações próprias: Sim  Não

Se Sim: com apoio informático e NET Sim  Não

Com telefone Sim  Não

Outro material Sim  Não

5. Todos os elementos têm horário específico para o desenvolvimento das suas atividades? Sim  Não

Se não

especifique.....  
.....

Se sim, quantas horas semanais? .....

6. Qual a periodicidade das reuniões do NACJR: .....

Nº reuniões ordinárias realizadas: ..... Nº reuniões extraordinárias: .....

7. Foram desenvolvidas outras atividades para a comunidade: Sim  Não

Se Sim especifique:

○ Reuniões Sim  Não  Quantas.....Público alvo .....

○ Elaboração de flyers Sim  Não

○ Publicações de artigos para jornais locais Sim  Não

○ Participação em rádios locais Sim  Não

**8. Foram desenvolvidas atividades no âmbito da Comemoração do Mês de Prevenção dos Maus Tratos Infantis**

Sim  Não  Quais?

.....  
.....  
.....

**9. Atendimentos pelos profissionais do NHACJR dos casos sinalizados:** Sim  Não

.....  
.....  
.....

**10. Atividades de consultadoria:** Sim  Não  Quais? A quem?

.....  
.....  
.....

**11. Foram desenvolvidas ações de formação a profissionais:** Sim  Não

.....  
.....  
.....

**12. Principais problemas e/ou dificuldades sentidas desde a implementação do Programa:**

.....  
.....  
.....  
.....

**13. Numa próxima formação que temas gostaria que fossem abordados:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**14. Outras Necessidades:**

.....  
.....  
.....  
.....

**15. Outras sugestões:**

.....  
.....  
.....

**CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO:**

NOME	PROFISSÃO	TELEF/TM	e-mail

O Coordenador do Núcleo

\_\_\_\_\_

Responder para Odete Mendes (Coordenadora do Projecto “Acção da Saúde para Crianças e jovens em Risco” da ARS Centro)  
[omendes@netcabo.pt](mailto:omendes@netcabo.pt) ou [momendes@acesleiria.min-saude.pt](mailto:momendes@acesleiria.min-saude.pt)

## ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO



## ACÇÃO DE SAÚDE SOBRE GÉNERO, VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA



# RELATÓRIO 2014

Coordenação Regional ARS Lisboa e Vale do Tejo

Luisa Costa

Junho 2015

## Índice

	Pag.
<b>1 – Introdução.....</b>	<b>3</b>
<b>2 – Distribuição dos Núcleos.....</b>	<b>3</b>
<b>3 – Casuística.....</b>	<b>5</b>
<b>4 – Notas finais.....</b>	<b>6</b>

## 1 - Introdução

No ano de 2014 a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) e a Acção de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV) – esta constituída através do Despacho nº 3678/2013 de 16 de Maio - estiveram sem coordenador regional nomeado, após o pedido de cessação de funções por parte anterior profissional.

Em Novembro de 2014 a ARSLVT efectua a proposta da minha nomeação – Maria Luisa Cunha Horta e Costa Gomes da Costa, enfermeira especialista de saúde pública, a exercer funções no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras – tendo sido, formalizada em Janeiro de 2015.

Neste contexto os elementos apresentados neste relatório referem-se apenas aos dados de casuística enviados, após solicitação, pelos respectivos Núcleos de apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) dos ACES e dos Núcleos Hospitalares de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) dos Hospitais.

No que diz respeito às Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), não foram, ainda, solicitadas quaisquer informações por ter sido priorizada a consolidação dos Núcleos face aos 7 anos decorridos após o início desta Acção da Saúde.

## 2 – Distribuição dos Núcleos

A Direcção Geral da Saúde, no início de 2015, solicitou às ARS a identificação dos NACJR, NHACJR e das EPVA, aguardando-se o resultado desta consulta.

Reconhecendo a importância de um restabelecimento rápido da acção com os Núcleos, optou-se pela informalização do contacto pessoal, na grande maioria dos ACES e Hospitais, de forma a elaborar e distribuir uma lista organizada de contactos, elemento imprescindível para uma comunicação mais efectiva.

Os dados apresentados na tabela seguinte poderão não estar absolutamente correctos, dado que se baseiam na informação prestada pelos próprios Núcleos após contacto pessoal entre Fevereiro e Março de 2015.

Sabendo que um dos constrangimentos enunciados no relatório da DGS (2013) se refere à *“pouca estabilidade dos efectivos das equipas ... desafetação frequente de recursos humanos nos Núcleos”* não foi solicitado aos Núcleos a constituição nominal de cada equipa. No entanto, a informação enviada reflectiu na sua totalidade uma equipa multidisciplinar integrando as valências profissionais preconizadas no Despacho nº 31292/2008.

No Quadro 1 apresenta-se a distribuição dos Núcleos na ARSLVT.

**Quadro 1 – NACJR e NHACJR da ARSLVT**

ACES	NACJR	HOSPITAIS	NHACJR
Lisboa Norte	4	CH Lisboa Norte	1
Lisboa Central	2	CH Lisboa Central	2
Lisboa Ocidental e Oeiras	3	CH Lisboa Ocidental e Oeiras	1
Cascais	1	H. Cascais	1
Amadora	1	H. Fernando da Fonseca	1
Sintra	3	H. Beatriz Angelo	1
Loures - Odivelas	3	H. Vila Franca de Xira	1
Estuário do Tejo	1	H. Garcia de Orta	1
Almada - Seixal	2	CH Barreiro Montijo	1
Arco Ribeirinho	1	CH Setúbal	1
Arrábida	3	CH Oeste	2
Oeste Norte	—	CH Médio Tejo	1
Oeste Sul	1	H Santarém	1
Médio Tejo	11	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>
Lezíria	7		
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>		

Como é possível verificar na grande maioria dos ACES existe a funcionar mais do que um NACJR, resultado das dinâmicas de cada Agrupamento que com as suas características próprias, se organizam no sentido de dar resposta à sua comunidade de abrangência e às orientações da ASCJR.

*“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 exijam, poderá haver lugar à criação de mais núcleos no mesmo ACES”*

Apenas o ACES Oeste Norte informou não ter à data qualquer equipa de NACJR constituída, encontrando-se em processo de reconfiguração.

No que diz respeito aos Hospitais e Agrupamentos Hospitalares, a informação enviada permite evidenciar que todos têm uma equipa de NHACJR constituída.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte tem duas equipas sob a mesma coordenação, localizadas no H. D. Estefânea e na Maternidade Alfredo da Costa.

O Centro Hospitalar Oeste também estará em processo de reconfiguração, segundo informaram alguns profissionais.

### 3 – Casuística dos Núcleos

Foi solicitado aos Núcleos o preenchimento e envio da grelha de casuística fornecida pela DGS. Nem todas as equipas o fizeram, tendo sido obtida as seguintes respostas:

**NACJR – 29 – 64.4%**

**NHACJR – 10 – 66.7%**

**Total – 67.2% de respostas**

A actividade casuística reportada pelos Núcleos dos ACES e dos Hospitais, permitiu apresentar os dados que se esquematizam nos quadros seguintes.

Na análise destes dados foi possível verificar a necessidade de uniformização de alguns conceitos, especialmente na significância do pretendido para alguns itens, bem como o preenchimento completo da grelha enviada.

#### Número de casos

Os Núcleos, na sua totalidade, tiveram 2358 casos sinalizados, no decorrer do ano de 2014, sendo que 60.3% nas equipas dos ACES e 39.3% nos Hospitais.

Cumulativamente com os transitados do ano anterior, mantêm-se em acompanhamento 2346 casos.

Foi reportado o encaminhamento para outros níveis:

- 1º nível – 22.2%
- CPCJ – 24.2%
- Tribunal – 8.3%

**Quadro 2 – Número de casos trabalhados nos NACJR e NHACJR**

	NACJR	NHACJR	Total/Sexo		Total
			M	F	
<b>Sinalizados</b>	1421	937	1044	1179	<b>2358</b>
<b>Em Acompanhamento</b>	2020	326	1060	974	<b>2346</b>
<b>Arquivados</b>	635	406	313	331	<b>1041</b>
<b>Encaminhados</b>	622	565	260	419	<b>1187</b>
para 1º nível	360	163			<b>523</b>
para CPCJ	148	422			<b>570</b>
para Tribunal	49	187			<b>196</b>

Dando cumprimento às orientações do Ministério da Saúde (Despacho nº 9/2015 de 23 de Março) - *“toda a informação, recolhida, analisada e divulgada no âmbito do Ministério da Saúde deve apresentar dados desagregados por sexo, sempre que*

aplicável e viável” – apresentam-se alguns itens discriminados por sexo. Nem todas as equipas enviaram esses dados pelo que os somatórios não estão em conformidade com os totais.

Verifica-se que 53% dos casos sinalizados são do sexo feminino.

Mantêm-se em acompanhamento mais crianças do sexo masculino 52.1%.

## Tipologia

As categorias da tipologia encontram-se definidas nos documentos da DGS.

Os maus tratos identificados distribuíram-se de acordo com as tipologias apresentadas no quadro 3.

**Quadro 3 – Tipologia dos casos trabalhados nos NACJR e NHACJR**

	NACJR	NHACJR	Total/Sexo		Total	%
			M	F		
<b>Negligência (inclui abandono)</b>	1189	365	604	567	<b>1554</b>	<b>68.4%</b>
<b>Mau trato físico</b>	63	211	74	64	<b>274</b>	<b>12.1%</b>
<b>Abuso sexual</b>	40	142	22	67	<b>182</b>	<b>8%</b>
<b>Mau trato psicológico (abuso emocional)</b>	223	39	120	126	<b>262</b>	<b>11.5%</b>

A negligência constitui o mau trato mais identificado – 68.4% - quer pelas equipas dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos hospitais.

## 4 – Notas finais

- A não existência de interlocutor na ARSLVT no ano de 2014 limita a apresentação do relatório desse ano, reduzindo-o a uma apreciação casuística, que também necessita de alguma afinação dos conceitos de modo a haver uma uniformização na apresentação dos dados
- Os dados quantitativos apresentados referem-se apenas à actividade de 67.2% dos Núcleos e, mesmo assim, evidenciam um elevado número de crianças e jovens em situação de risco a necessitarem de um acompanhamento de proximidade por parte dos serviços de saúde.
- É notório que a intervenção junto das crianças e jovens em risco, por parte dos ACES e Hospitais, tem merecido uma atenção especial que, no entanto, necessita de continuar a ser apoiada visando um desenvolvimento continuado e sustentado.



arsalentejo

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Coordenação Regional do Alentejo ASCJR | ASGVCV

Relatório 2013-2014



## Índice

1 - Introdução .....	3
2 - Enquadramento .....	4
3 - Formação realizada .....	5
4 - Caracterização dos Núcleos 2013 – 2014.....	6
5 - Casuística 2013-2014 .....	9
5.1 - As situações mais referidas pelos profissionais-Resumo 2013-2014.....	13
6 – Divulgações aos NHACJR .....	13
7 – Ação de Saúde sobre Género e Violência, e Ciclo de Vida (ASGVCV), Despacho 6378/ de 16 de maio 2013.....	15
8 – Notas Finais .....	16
9 – Perspetivas Futuras .....	17

## LEGENDA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Resumo de reuniões e formação 2013-2014

Quadro 2 - Áreas temáticas, nº de ações e participantes

Quadro 3 - Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Alentejo – 2013-2014

Quadro 4 - Caracterização 2013

Quadro 5 - Caracterização e auto apreciação - Cuidados de Saúde Primários

Quadro 6- Caracterização e auto apreciação - Cuidados Hospitalares - NHACJR

Quadro 7 - Nº de casos sinalizados, Cuidados de Saúde Primários | Hospitais tipologia dos Maus Tratos

Quadro 8 - Nº de casos sinalizados, Cuidados de Saúde Primários | Hospitalares tipologia dos Maus Tratos

Quadro 9 - Nº Utentes/ (crianças e jovens) por Médico Família 2013

Quadro 10 - Nº Utentes/ (crianças e jovens) por Médico Família 2014

Quadro 11 – Constituição de EPVAs por ACES, ULS, Hospital

Quadro 12 – Nº de casos e Tipologia | Natureza da Violência HESE,EPE

Gráfico 1 - Totais de casos sinalizados nos serviços de saúde 2013-2014

Gráfico 2 - No de casos sinalizados por Tipologia de Maus Tratos

Gráfico 3 - Maus Tratos Infantis e Juvenis por género

Gráfico 4 - Distribuição de encaminhamentos N(H)ACJR- 2013-2014

Anexos – Trabalhos realizados pelos profissionais que constituem os N(H)ACJR



---

## SIGLAS

ACES AC – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

ARSA IP – Administração Regional de Saúde do Alentejo, Instituto Publico

ASGVCV - Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

CCS – Conselho Clinico de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EPVA - Equipa de Prevenção de Violência em Adultos

HESE EPE - Hospital Espírito Santo de Évora, Empresa Publica

HLA – Hospital Litoral Alentejano

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

RIIDE - Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora, RIIDE

RIVDAL - Rede de Intervenção de Violência Doméstica do Alentejo Litoral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ULSLA - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ULSNA – Unidade local de Saúde do Norte Alentejano



## 1 - Introdução

Este relatório tem como objetivo apresentar de forma sumária e resumida as atividades desenvolvidas pela Coordenação Regional do Alentejo na Ação de Saúde de Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), e Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), Despacho nº 6378, de 16 de maio, de 2013.

As duas ações assentam em despachos ministeriais, ASCJR de 2008 estando numa fase de consolidação da operacionalização dos objetivos e desenvolvimento da prestação de cuidados dos serviços de saúde, e a ASGVCV em fase de implementação, ou seja, em constituição das Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVAs), e fase de formação de acordo com os objetivos definidos, funções e atribuições para cada interveniente no processo. Esta ação de saúde estabelece um novo modelo funcional de abordagem, diagnóstico, gestão e encaminhamento em situações de violência entre adultos que, num grupo significativo, produzem vivências e impactos negativos em crianças e jovens e tendem a replicar-se entre gerações.

O relatório descreverá as ações desenvolvidas pela Coordenação e pela atividade dos profissionais dos N(H)ACJR e EPVAs já constituídas como ponto de situação. Assim, faremos referência ao espaço temporal 2013-2014 por duas razões, a primeira prende-se com maior e consolidação da atividade dos N(H)ACJR e início da operacionalização do despacho de ASGVCV, com estratégias semelhantes de fases de implementação da ASCJR.

De referir que para além do despacho 6378/16 de maio, em junho de 2013, foi introduzido no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), assim designado após atualização da versão anterior, um módulo de “Avaliação de Grau de Risco”, com a revisão do capítulo de “Crianças com Necessidades Especiais”, que passou a designar-se “Crianças e Jovens em Risco ou com Necessidades Especiais” e integrou-se na Vigilância da Saúde da Criança a averiguação do “Risco de Maus Tratos” para todas as consultas de saúde infantil, médicas e de enfermagem.

Em termos futuros pretende-se elaborar um plano operacional para a região com a conexão dos dois despachos mantendo a garantia e identidade de cada âmbito de ação, um documento com a participação dos profissionais numa perspetiva de rede, com consolidação e sedimentação em cada passo da operacionalização.



## 2 - Enquadramento

A **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**, criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, veio estruturar e operacionalizar a intervenção no domínio dos maus tratos em crianças e jovens, assim como promover as boas práticas face a este problema de saúde pública e de nível mundial.

Em 2013 na perspetiva de uma resposta ao fenómeno da violência interpessoal, é criado no âmbito do Ministério da Saúde, um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, com a designação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), através do Despacho 6378/ de 16 de maio.

De acordo com os despachos das referidas ações e de âmbito regional, como Coordenadora de Crianças e jovens em Risco, e Interlocutora para a Violência Interpessoal, foi dado cumprimento aos objetivos e às orientações do Grupo de Acompanhamento da DGS, ou seja, programar, concretizar plano de formação, acompanhamento e monitorização aos profissionais que constituem os NHACJR, e implementação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida;

Em termos de atividades desenvolvidas e resultados de processo, apresentamos neste relatório no espaço temporal de 2013-2014 o resumo os seguintes dados;

- a) Elaboração de Plano de Ação – ASCJR - 2013-2014;
- b) Cumprimento dos objetivos do plano;
- c) Consolidação de 16 Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco em 2013 comparativamente com o ano de 2012;
- d) Nº de casos sinalizados pelos NACJR nos Cuidados de Saúde Primários (CPS) foram em **2013 de 153**, e em **2014 de 162** casos de maus tratos em crianças e jovens;
- e) Nº casos NHACJR (Hospitais) em **2013 foram 167 casos, 2014 de 128 casos**.  
Em 2014 os casos em acompanhamento nos CSP são de 172 em vez de 114 em 2013, e 187 em vez de 99 em 2013 nos NHACJR (hospitais);
- f) Divulgação no site da ARS em banner de documentos técnicos, legislação, NHACJR da região Alentejo;
- g) Organização de 10 sessões de formação num total de 67 horas, com participação de 229 profissionais, em 2013-2014;
- h) 4 Reuniões de acompanhamento aos NACJR em 2014;
- i) 5 Reuniões com EPVAs em 2014;
- j) 2 Reuniões promovidas pela equipa da Direção Geral da Saúde, Grupo de Acompanhamento;



- k) Participação na elaboração de poster para apresentação no I Fórum Internacional sobre Violência Doméstica;

As reuniões regionais foram promovidas pela coordenação em parceria com os Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde, ACES AC e Hospital Espírito Santo de Évora, EPE. De salientar o envolvimento e grande receptividade dos órgãos de gestão no âmbito destas problemáticas condição fundamental na implementação de medidas estratégicas.

#### Quadro 1 – Resumo de reuniões e formação 2013-2014

Nº de Ações	N(H)ACJR	N(H)ACJR   EPVA	Totais
Reuniões formativas	2	10	
Reuniões Conselhos de Administração e ACES		4	
Formação POPH	10		
	12	14	26

As reuniões foram designadas como reuniões formativas, porque tiveram como objetivos, divulgar, abordar, analisar o Despacho 6378/maio 13, e distribuir o documento com envio a posteriori por endereço eletrónico, como reforço aos profissionais, com a finalidade em sensibilizar, informar para operacionalizar.

Foi muito importante a definição de estratégias de implementação em conjunto com os profissionais dos Núcleos de Apoio a crianças e Jovens em Risco e EPVAs já constituídas.

### 3 - Formação realizada

No que diz respeito às atividades de formação, cujos destinatários foram os profissionais que constituem os NHACJR, foram efetuadas as seguintes ações:

1. Abuso Sexual Infantil – 20 de novembro – 7 horas;
2. Alienação Parental – 5 de dezembro – 7 horas
3. Formação Inicial – ASCJR – 14 horas
4. Avaliação e Desenvolvimento de Competências Parentais – 2 ações de 7 horas
5. Formação Territorializada - 4 ações de 7 horas perfazendo um total de 28 horas
6. Discussão de casos – 1 ação – 4 horas



## Quadro 2 – Áreas temáticas, nº de ações e participantes

Formação	Nº Participantes
Abuso Sexual Infantil (Novembro 2013)	25
Alienação Parental (Dezembro de 2013)	22
Formação Inicial - ASCJR	28
Avaliação e Desenvolvimento de Competências Parentais (2 ações)	44
Formação Territorializada (4 ações)	89
Discussão de casos	21
<b>Total</b>	<b>229</b>

A formação foi prevista no levantamento de necessidades da ARS Alentejo e aprovada pelo POPH. Participaram nas ações de formação 229 profissionais, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social.

## 4 - Caracterização dos Núcleos 2013 - 2014

### Quadro 3 - Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Alentejo – 2013-2014

ULS   ACES   HESE EPE	NHACJR
<b>Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano</b>	<b>16</b>
Hospital Doutor José Maria Grande - Portalegre	1
Agrupamento de Centros de Saúde de S. Mamede	15
<b>Hospital do Espírito Santo - Évora</b>	<b>1</b>
<b>Agrupamento de Centros de Saúde do ACES Alentejo Central</b>	<b>10</b>
<b>Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo</b>	<b>15</b>
Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	1
Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo	14
<b>Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano</b>	<b>6</b>
Hospital do Litoral Alentejano (2013)	1
Agrupamento de Centros de Saúde	5
<b>Total</b>	<b>48</b>



Para avaliação da caracterização - auto apreciação e casuística dos NACJR |NHACJR, obtivemos os seguintes resultados:

**Quadro 4: caracterização 2013**

ACES   ULS	Concelhos	NACJR		NHACJR
		Em Atividade	Enviou Avaliação	Enviou Avaliação
ACES Alentejo Central	14	10	5	
HESEEPE				1
ULSBA - Beja	13	14	13	1
ULSLA - Litoral	5	5	5	(1)
ULSNA – Portalegre	15	15	7	1
<b>Totais</b>	<b>47 (48 CS)</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>3</b>

(1) Proposta de 2013

**Quadro 5- Caracterização e auto apreciação - Cuidados de Saúde Primários**

Levantamento de Atividades NACJR 2014								
ACES	Centros de Saúde	Nº de NACJR	Enviou Casuística	Enviou Plano de ação	Apresentou plano de ação	Com reuniões periódicas	Atividades na comunidade	Propostas de melhoria
ACES AC	14	10	5	3	3	4	3	5
ULSBA	13	14	14	3	2	7	2	1
ULSLA	5	5	5	4	3	4	2	5
ULSNA	15/16	15	10	5	4	6	4	4
Totais	48	44	34	15	12	21	11	15

Os dados reportam-se a 34 NACJR que enviaram casuística, caracterização e auto a apreciação, através dos instrumentos de registo do Grupo de Acompanhamento da DGS. Dos 34 NACJR, 16 equipas enviaram Plano de Ação e destes, 12 apresentaram o Plano internamente a profissionais de saúde e entidades externas, CPCJ, Escola, e outros parceiros.



As reuniões periódicas são referidas por 21 equipas cuja periodicidade varia desde o semanal, trimestral e sempre que necessário (SOS).

As atividades desenvolvidas na comunidade foram realizadas por 11 N(H)ACJR; 15 mencionaram propostas de melhoria.

Em 2014 os Núcleos Hospitalares são em nº de 4, Hospital Espírito Santo de Évora, Hospital José Maria Grande de Portalegre, Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e Hospital Litoral Alentejano, estando previsto para 2015 incluir o Hospital Santa Luzia de Elvas que está integrado na ULSNA.

#### **Quadro 6- Caracterização e auto apreciação - Cuidados Hospitalares - NHACJR**

<b>Levantamento de Atividades NHACJR 2014</b>								
	Hospitais	Nº de NHACJR	Enviou Casuística	Enviou Plano de ação	Apresentou plano de ação	Com reuniões periódicas	Atividades	Propostas de melhoria
Évora	1	1	Sim	Não	-	Ocasional	-	Sim
Beja	1	1	Sim	Não	-	-	-	-
Litoral Alentejano	1	1	Sim	Sim	Não	-	-	Sim
Portalegre	2	1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Totais	5	4	4	2	1	2	1	3



## 5 - Casuística 2013-2014 -

Quadro 7: Nº de casos sinalizados, Cuidados de Saúde Primários | Hospitais tipologia dos maus tratos

2013	NACJR ARSA			NHACJR ARSA (a)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Casos Sinalizados - Total	75	78	153	75	92	167
Em Acompanhamento	57	57	114	47	52	99
Arquivados	25	22	47	23	20	43
Encaminhados <i>se possível, discriminar:</i>	35	24	59			
Para parceiros 1º Nível	22	15	37	73	65	138
Para CPCJ	12	15	27	25	25	50
Para Tribunal	7	5	12	7	19	26
<b>Tipo de Mau Trato [1]</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>
Negligência (inclui abandono)	60	66	126	68	78	146
Mau trato físico	3	4	7	8	6	14
Abuso sexual	4	7	11	6	10	16
Mau trato psicológico (abuso emocional)	11	6	17	14	14	28

1] Nas situações em que sejam identificados diferentes tipos de mau trato, mencionar apenas o considerado mais grave.

Quadro 8: Nº de casos sinalizados, Cuidados de Saúde Primários | Hospitalares tipologia dos maus tratos

2014	NACJR ARSA			NHACJR ARSA (a)		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Casos Sinalizados - Total	72	90	162	65	63	128
Em Acompanhamento	84	88	172	102	85	187
Arquivados	12	28	40	12	16	28
Encaminhados <i>se possível, discriminar:</i>	42	51	93	52	51	103
Para parceiros 1º Nível	31	35	66	38	28	66
Para CPCJ	9	9	18	11	15	26
Para Tribunal	2	7	9	3	8	11
<b>Tipo de Mau Trato [1]</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>
Negligência (inclui abandono)	68	68	136	90	78	168
Mau trato físico	1	7	8	13	10	23
Abuso sexual	0	7	7	3	9	12
Mau trato psicológico (abuso emocional)	11	13	24	14	15	29

1] Nas situações em que sejam identificados diferentes tipos de mau trato, mencionar apenas o considerado mais grave.

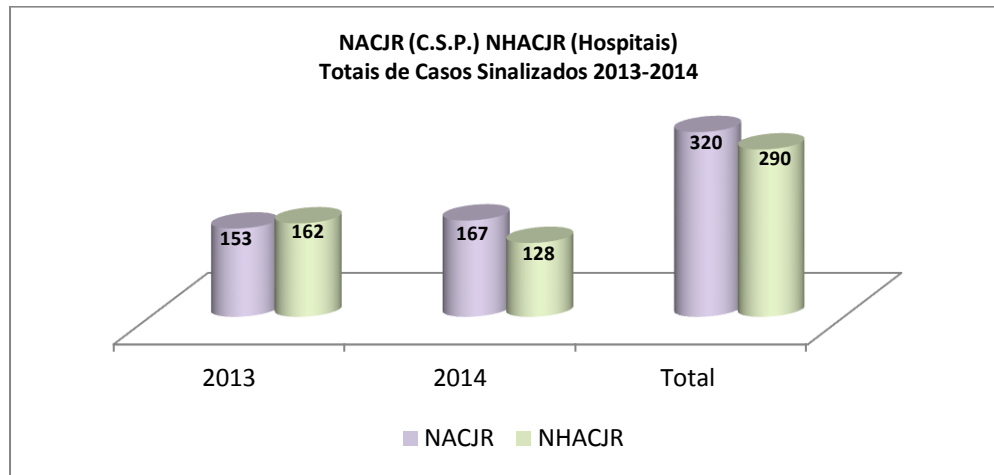


Parece-nos importante apresentar a casuística de 2013 e 2014, não só como ponto de partida a integrar pela primeira vez neste relatório, mas também para se poder fazer análise comparativa e referir alguns aspetos que possam ser relevantes, tais como:

1. A casuística de 2014 integra os dados enviados pelo NHACJR do Hospital do Litoral Alentejano, pela primeira vez em 2014, passando a casuística a reportar-nos os dados de 4 Núcleos hospitalares, Hospital Espírito Santo de Évora, Hospital José Maria Grande de Portalegre, de Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e Hospital do Litoral Alentejano;
2. Os profissionais estão aparentemente mais sensibilizados e motivados sobre o seu papel para esta problemática, demonstrando um desempenho mais atento, com melhor abordagem, diagnóstico e intervenção;
3. Verifica-se um aumento do encaminhamento dos casos para entidades de 1ª linha conforme as recomendações de boas práticas, no sentido de se esgotarem todos os meios e os das outras entidades do mesmo nível de competência, dando cumprimento ao Princípio da Subsidiariedade;
4. A monitorização e registos das atividades dos profissionais de saúde, nesta situação em concreto dos profissionais que integram os N(H)ACJR assume uma importância fundamental para conhecimento do fenómeno no sentido de podermos determinar as linhas estratégicas do nível de prevenção e por outro lado anteciparmo-nos aos acontecimentos;
5. Os tipos de maus tratos com maior incidência são a negligência e o mau trato físico;
6. Podemos assumir que estes dados são ainda uma subnotificação da realidade pelo que a Ação de Saúde na prevenção dos maus tratos de crianças e jovens é fundamental para o desenvolvimento saudável dos mesmos na construção de ser pessoa.

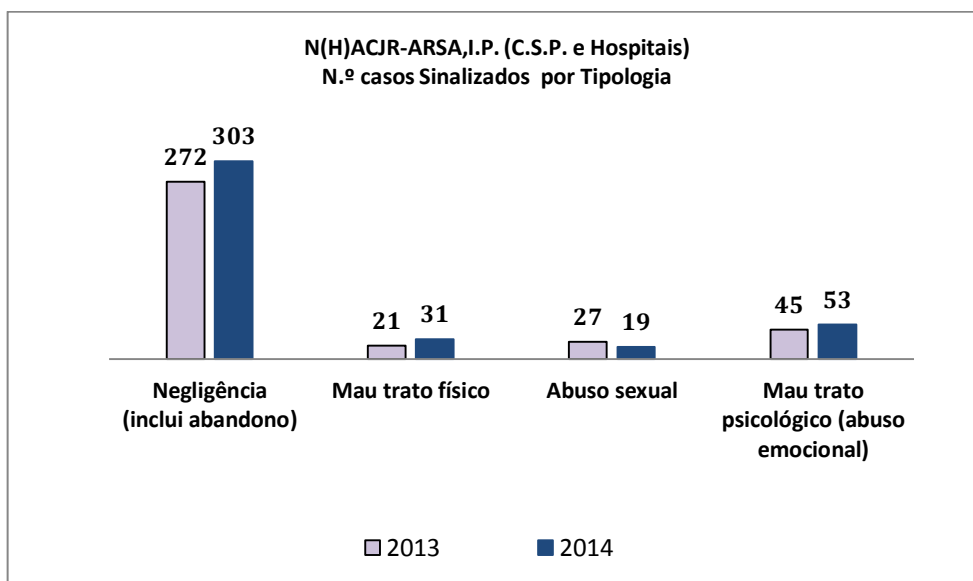


**Gráfico 1 – Totais de casos sinalizados nos serviços de saúde 2013-2014**



Perante o gráfico 1, o nº de casos teve um ligeiro aumento em 2014 e ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. De referir o nº de 187 casos em acompanhamento em 2014 nos NHACJR – hospitais, quadro 8, pág. 10.

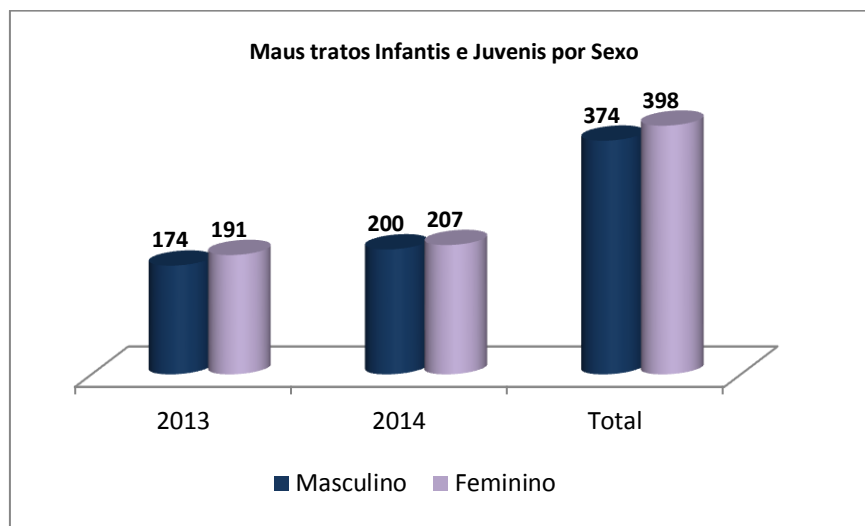
**Gráfico 2 – Nº de casos sinalizados por Tipologia de Maus Tratos**



A negligência é o tipo de mau trato mais frequente com ligeiro aumento em 2014, seguido de mau trato psicológico (abuso emocional).

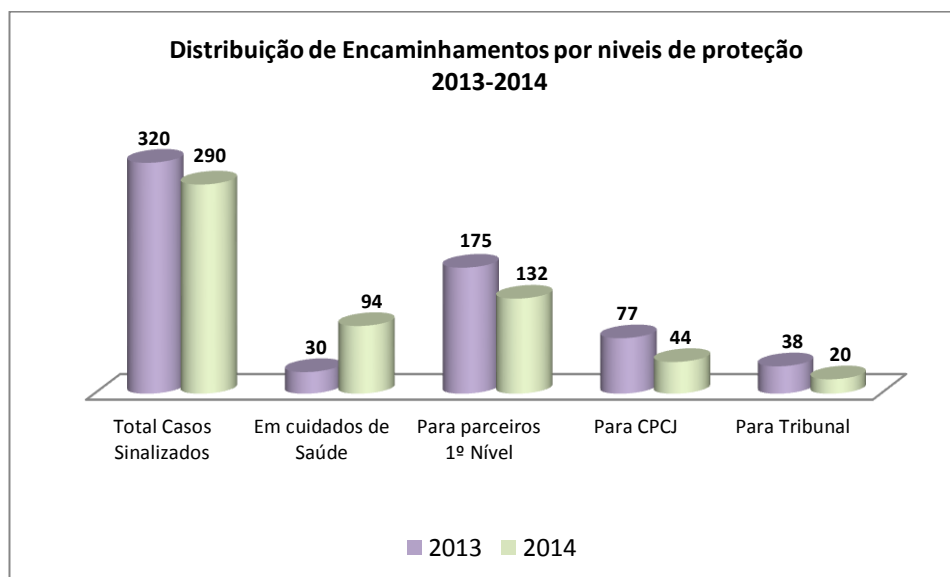


**Gráfico 3 – Maus Tratos Infantis e Juvenis por sexo – NACJR + N(H)ACJR**



O nº atribuído ao sexo masculino e sexo feminino é obtido pelo somatório dos nºs indicados nas linhas e colunas do Tipo de Mau Trato (1), dos NACJR+NHACJR, dos quadros 6 e 7 respetivamente. Segundo vários estudos e autores o sexo feminino tem maior critério de vulnerabilidade de ocorrência de maus tratos confirmando-se igualmente neste gráfico.

**Gráfico 4 – Distribuição de encaminhamentos dos serviços de saúde, NACJR+NHACJR, para entidades – 2013-2014**



O maior nº de situações de encaminhamentos por níveis de proteção são para parceiros de 1º nível, entidades de 1ª linha de intervenção, tanto em 2013 como em 2014. A evolução deste indicador mostra a capacidade do cumprimento do princípio da subsidiariedade e intervenção mínima, não só em relação aos encaminhamentos para parceiros de 1º nível, bem como o aumento dos casos em acompanhamento nos serviços de saúde.



Este fato parece-nos estar relacionado com a atividade mais sistemática dos N(H)ACJR, maior visibilidade e sobretudo por conhecimento e desenvolvimento de competências dos profissionais para estas problemáticas.

### 5.1 - As situações mais referidas pelos profissionais - Constrangimentos / Dificuldades referidas

#### Resumo 2013 - 2014

- 1 - Horários não atribuídos, ou com poucas horas atribuídas, especificamente de alguns grupos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos). Dificuldade em conciliar horários para reuniões.
- 2 - Pouca disponibilidade dos técnicos para desenvolverem as atividades do NACJR, designadamente de tempo para atividades de carácter formal.
- 3 - Não ter espaço próprio.

### 6 – Divulgações aos NHACJR

A ASCJR tem como população alvo crianças e jovens dos 0-18 anos. Em 2013, a região Alentejo apresenta 88.855, em 2014, 85.371 utentes (dos 0-18 anos) inscritos por Médico de Família dos ACES da ARSA, conforme quadros nº8 e 9 respetivamente. Esta informação é divulgada aos profissionais dos NHACJR através de correio eletrónico.

**Quadro 9: Nº Utentes Inscritos (dos 0-18 anos) por ACES - 2013**

ACES	Instituição	Nº Utentes Inscritos (dos 0-18 anos)
Alentejo Litoral	<b>Total</b>	<b>16.309</b>
Alentejo Central	<b>Total</b>	<b>29.215</b>
Baixo Alentejo	<b>Total</b>	<b>22.594</b>
Alto Alentejo	<b>Total</b>	<b>20.737</b>
<b>Total</b>		<b>88.855</b>

Fonte: SIARS (20/02/2013)

**Quadro 10 - Nº Utentes Inscritos (dos 0-18 anos) por ACES - 2014**

ACES	Instituição	Nº Utentes Inscritos (dos 0-18 anos)
Alentejo Litoral	<b>Total</b>	<b>15.789</b>
Alentejo Central	<b>Total</b>	<b>27.920</b>
Baixo Alentejo	<b>Total</b>	<b>21.971</b>
Alto Alentejo	<b>Total</b>	<b>19.691</b>
<b>Total</b>		<b>85.371</b>

Fonte: ARSA IP (SIARS)



## 7 - Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), Despacho 6378/ de 16 de maio.

### 7.1 Objetivo Geral

Dar início à implementação do despacho de acordo com as etapas enunciadas pelo Grupo de Acompanhamento da DGS, adequada a cada realidade regional.

### 7.2 Atividades Desenvolvidas

- a) Foi realizada uma reunião promovida pelo Grupo de Acompanhamento da DGS cujos destinatários foram os Conselhos de Administração e Conselhos Clínicos de Saúde dos ACES das ULS, ACES AC, e Hospital Espírito Santo de Évora;
1. Foi solicitado a constituição das EPVAs à semelhança dos NHACJR e de acordo com a composição conforme despacho, ;
  2. Formas realizadas reuniões com as EPVAs constituídas e N(H)ACJR, para informação, sensibilização e operacionalização do estabelecido nos despachos ministeriais;
  3. Foi realizado o levantamento de redes que intervêm no fenómeno da violência;
  4. Em 2014 foram constituídas 39 EPVAs nos CSP e 5 hospitalares com a seguinte distribuição:

#### Quadro 11 – Constituição de EPVAs por ACES, ULS, Hospital

ACES/ULS/Hospitais	CSP	Hospitais	Observações
ACES AC	10	Espírito Santo de Évora, EPE	Atualizar lista de ACES AC
ULSBA	14	Hospital José Joaquim Fernandes	
ULSLA	4 Grupos coordenadores	Hospital Litoral Alentejano	Solicitar EPVAs nos Centros de Saúde
ULSNA	15 CS - EPVAs	Hospital José Maria Grande e Santa Luzia de Elvas	

### 7.3 Casuística

Dado o conhecimento de alguma capacidade instalada nos serviços de saúde sobretudo ao nível dos serviços de urgência, foi solicitada às EPVAs a casuística de 2014. Dos 5 hospitais obtivemos resposta da EPVA do HESE.EPE que respondeu o correspondente ao seguinte quadro:

#### Quadro 12 – Nº de casos e Tipologia | Natureza da Violência HESE,EPE

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE – Serviço de Urgência - EPVA				
Nº de casos	M	F	Totais	Obs.
	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>36</b>	
Tipologia   Natureza da Violência				
Física	2	31	33	
Psicológica	1	2	3	
Sexual	-	1	1	
Negligência   Privação	2	7	9	
Auto - infligida				
Outra		1	1	Económica ou financeira)

Fonte: EPVA

Há casos em que foi contabilizado mais que uma tipologia de violência.



## 8 - Notas Finais

Como notas finais mais relevantes do trabalho realizado em 2013 | 2014 no âmbito dos dois despachos, a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, e Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), Despacho 6378/ de 16 de maio, merecem destaque:

- No espaço temporal 2013 |2014, podemos referir que o trabalho desenvolvido foi no sentido da consciencialização aos profissionais de saúde destas problemáticas na área da saúde, nomeadamente na abordagem, diagnóstico, intervenção e prevenção dos maus tratos;
- As estratégias foram a constituição das equipas, 39 EPVAs nos CSP e 5 EPVAs hospitalares, e investimento em informação e 10 momentos de formação. Importa salientar em algumas equipas a capacidade instalada na área da violência de acordo com o desenvolvimento de alguns projetos existentes, tais como, Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora, RIIDE, contra a Violência Doméstica, e Rede de Intervenção de Violência Doméstica do Alentejo Litoral, RIVDAL;
- Fomentou-se a divulgação do despacho sobre ASGVCV pela possibilidade e enquadramento de uma estratégia de prevenção mais global dos maus tratos e da violência interpessoal, um novo desafio porque permitirá integrar os dois âmbitos de ação em vários contextos, individuais, coletivos, e politico-sociais, numa abordagem abrangente de acordo com o Modelo Ecológico e Ciclo de Vida.
- Da monitorização realizada e obtida a casuística da região Alentejo, pretendemos referir que a foram de registo de sinalização dos casos estará com certeza subnotificada, como é do conhecimento de todos e uma realidade regional e nacional. A medição e registo das atividades dos serviços de saúde são de extrema importância, e fundamental para conhecermos o fenómeno dos maus tratos infantis, as implicações e sequelas que podem trazer no desenvolvimento de cada “criança-pessoa” no processo de aprendizagem e crescimento. A casuística mostra que a negligência é o tipo de mau trato mais frequente com ligeiro aumento em 2014, seguido de mau trato psicológico (abuso emocional), sem descorar a severidade dos outros tipos de maus tratos, o abuso sexual, mau trato físico e outras formas de violência.
- Por ultimo salientar a importância e evolução do trabalho de todos os profissionais designados nos NHACJR em termos coletivos e de conjunto, ou seja em rede, e porque um dos princípios de trabalho na área da violência é a máxima de que, Na violência Não se Trabalha Sozinho e Todas as Pessoas são Importantes.



---

## 9 – Perspetivas Futuras

Como perspetiva futuras gostaríamos de salientar as seguintes propostas de melhoria de acompanhamento das equipas e monitorização dos registos:

- Previsão de possível concretização de definição critérios para supervisão aos N(H)ACJR/EPVAs como metodologia acompanhamento e apoio aos profissionais;
- Da análise dos dados contidos no instrumento de casuística, pág. 10, dos dois anos, constata-se a necessidade de melhorar a definição dos conceitos e construção do âmbito dos dados com maior clareza aquando do preenchimento do instrumento de registo disponível.
- Incrementar o registo do risco para a recolha de informação sistematizada, no sistema de informação do Sclínico, através do módulo de “Avaliação do Risco Familiar”, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).



---

### **Documentos consultados**

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, DGS, fevereiro 2011;

Relatório Técnico 2013 - Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Comissão de Acompanhamento - DGS;

Violência Interpessoal - de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos serviços de saúde, DGS, dezembro 2014.



## Anexos

Quadro - Trabalhos realizados pelos profissionais que constituem os N(H)ACJR

Título do Trabalho	Tipo de Trabalho	Autores	ULS/ACES/Hospital
MAUS TRATOS NA CRIANÇA E JOVEM A Ação de saúde para Crianças e Jovens em Risco – ASCJR no ACES AC	Poster	NACJR Montemor; Vendas Novas e Redondo; CCS	ACES AC
Núcleo de apoio a Crianças e jovens em Risco	Folheto de divulgação	UCC - Almodôvar	ULSBA
Núcleo de apoio a Crianças e jovens em Risco de Odemira	Folheto de divulgação	NACJR de Odemira	ULSLA
DIREITOS DA CRIANÇA	Marcador de leitura	UCC- Serra e Mar Grândola	ULSLA
OS DIREITOS NAS TUAS MÃOS	Folheto e jogo	NHACJR - Hospital José Maria Grande (Portalegre)	ULSNA
CRIANÇA EM RISCO – Cuide do Ambiente Familiar do seu filho	Folheto informativo com destacável	NACJR – Centro de Saúde de Portalegre	ULSNA
Núcleo de apoio a Crianças e jovens em Risco	Folheto de divulgação	NACJR do Crato	ULSNA
DIREITOS DA CRIANÇA	Marcador de leitura	NACJR do Crato	ULSNA
Núcleo de apoio a Crianças e jovens em Risco de Odemira	Folheto de divulgação	NACJR de Monforte	ULSNA
Maus Tratos Infantis e Juvenis	Marcador de leitura	Coordenação Regional de ASCJR	ARSA, IP
A SAÚDE DIZ NÃO À VIOLÊNCIA	Pin	Coordenação Regional de ASCJR	ARSA, IP



**RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2014**

**AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO**

**ASCJR**

**Documento elaborado por: Marta Chaves da Silva**

**Coordenadora Regional da ASCJR- ARS Algarve, IP**

**Março de 2014**

## AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

### RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2014

A ASCJR foi criada através do Despacho 31292/2008, e tem como missão apoiar e orientar a intervenção da saúde no âmbito das crianças e jovens em risco, com vista a uma mais efetiva prevenção do fenómeno dos maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade das respostas do SNS a esta problemática.

Os Núcleos de Apoio à Crianças e Jovens em Risco, que operacionalizam a ASCJR no terreno, são equipas pluridisciplinares que polarizam motivações e saberes sobre maus tratos em crianças e jovens, apoiando os profissionais da instituição nas intervenções neste domínio, constituindo uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições.

Os objetivos programáticos gerais da ASCJR são:

- Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados;
- Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente

Os NACJR e NHACJR da ARS Algarve desenvolvem as seguintes atividades, dentro dos objetivos específicos da ASCJR, que são os seguintes:

- a) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais do sector administrativo e técnico, dos diferentes serviços, para a problemática das crianças e jovens em risco;
- b) Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- d) Colectar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens atendidos no centro de saúde, ou no hospital, conforme aplicável, em articulação com as estruturas de vigilância de saúde pública;
- e) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;

- f) Gerir, a título excepcional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível do centro de saúde, ou do hospital, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
- g) Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intra--institucional no domínio das crianças e jovens em risco, quer, no âmbito das equipas profissionais dos centros de saúde, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais com atendimento pediátrico;
- h) Estabelecer a colaboração com outros projectos e recursos comunitários que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco, conforme preceituado na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, com vista a reforçar o primeiro nível de intervenção nesta matéria e a incrementar a aplicação do princípio da subsidiariedade; i)
- i) Mobilizar a rede de recursos internos do centro de saúde e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;
- j) Assegurar a articulação funcional com os outros Núcleos criados na rede a nível de cuidados primários e a nível hospitalar, através, nomeadamente, da acção das unidades coordenadoras funcionais (UCF), com as comissões de protecção de crianças e jovens (CPCJ) e com o Ministério Público junto dos Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

### **Caracterização da Rede de Núcleos da ASCJR-ARS Algarve, IP.**

A rede de Núcleos na ARS Algarve está assim distribuída, num total de 13 Núcleos:

- Centro Hospitalar do Algarve (2): 1 NHACJR no Hospital de Faro e 1 NHACJR no Hospital do Barlavento Algarvio.
- ACES Sotavento (2): 1 NACJR em Tavira e 1 NACJR em Vila Real de Santo António.
- ACES Central (4): NACJR Albufeira, NACJR Faro/São Brás de Alportel, NACJR Loulé e NACJR Olhão.
- ACES Barlavento (5): NACJR Silves, NACJR Lagoa/Portimão/Monchique, NACJR Lagos, NACJR Aljezur e NACJR Vila do Bispo.

O número de profissionais a integrar as equipas é de aproximadamente 55 profissionais, alguns Núcleos beneficiam de apoio administrativo de assistentes técnicos (4) alocados às Unidades onde se inserem. O NHACJR do Hospital do Barlavento Algarvio conta com a colaboração voluntária da Procuradora da República Jubilada, Dra Francisca Neves. Os números exatos não estão disponíveis neste momento porque algumas equipas têm sido reestruturadas, nomeadamente após a nomeação das Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), no âmbito da ASGVCV.



- Exposição alusiva à promoção dos direitos das crianças, no átrio do Centro de Saúde de Aljezur realizada em colaboração com a CPCJ de Aljezur
- Participação na Feira da Saúde, em Portimão, com ação de sensibilização realizada pelo NACJR Portimão/Lagoa/Monchique;
- ✚ Participação de diversos NACJR em workshop sobre técnicas de entrevista promovido pela CPCJ de Loulé, o que contribuiu para a formação dos profissionais;
- ✚ Participação do NACJR Albufeira no Seminário sobre Depressão na Infância e na Adolescência, organizado pela Câmara Municipal de Albufeira;
- ✚ Colaboração no Projecto Laço Azul, organizado pela CPCJ de Albufeira, com a dinamização de 2 sessões dirigidas à comunidade:
  - Uma sessão dedicada à Alienação Parental realizada em Fevereiro;
  - Uma sessão dedicada ao impacto do divórcio nas crianças realizada em Março.
- ✚ Participação na Feira de encerramento do Projecto Laço Azul, com a divulgação dos programas dirigidos à Infância, existentes no Centro de Saúde;
- ✚ O NHACJR – CHALG- Portimão desenvolveu as seguintes atividades:
  - Participação numa mesa redonda organizada pela Associação Teia de Impulsos subordinada ao tema “Família - a célula social está a ser devidamente apoiada?”
  - Organização da “**Semana Mil Cores**”, que incluiu os seguintes eventos:
    - 28 de Abril a 4 de Maio - Exposição Temática, no Hall de Entrada desta Unidade Hospitalar, alusiva ao trabalho desenvolvido pelo Núcleo e aos Direitos e Deveres da Criança e do Jovem;
    - 2 e 3 de Maio - Participação na Feira de Artesanato na Alameda, a convite do Colégio do Rio, com diversas actividades dirigidas à família e comunidade em geral;
    - 2 de Maio - Palestra subordinada à problemática do *Bullying* e *Cyberbullying*, que decorreu no Teatro Municipal de Portimão - TEMPO, com a presença da Dr<sup>a</sup>. Tânia Paias;
    - 4 de Maio - 3<sup>a</sup> Caminhada Solidária, seguindo o percurso Pavilhão Arena – Clube Naval – Pavilhão Arena.
  - Participação a convite da Escola de Enfermagem Jean Piaget para uma aula dirigida aos alunos do 3<sup>o</sup> ano de Enfermagem, integrado no módulo “Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças”;
  - 6 de Dezembro - “**Lanche Solidário**” realizado no Salão Nobre da Sociedade Vencedora Portimonense, com a participação da Rádio Alvor;
  - Ao longo do ano, acções de divulgação e sensibilização da comunidade para a existência deste Núcleo e suas actividades em meio radiofónico;

✚ Atividades desenvolvidas pelo NACJR Faro/S. Brás de Alportel:

- Entre os meses de Janeiro e Março de 2014, a equipa colaborou com a CPCJ de Faro na elaboração e implementação do projecto **“Proteger é dever de todos”**, realizado nos agrupamentos do concelho de Faro com Pré-escolar e 1º Ciclo, dirigido ao pessoal docente e não docente, com o objectivo de sensibilizar / informar sobre Sinais de Alerta de Maus Tratos em crianças com idade pré-escolar.
- Na sequência da integração do NACJR na UCC de Faro em Fevereiro de 2014 foi realizada divulgação do circuito de referenciação e das funções da equipa, com recurso ao *mail* interno.
- Em Abril de 2014, Mês da Prevenção dos Maus Tratos na Infância, a equipa do NACJR de Faro/S. Brás participou no Video Chat do projecto: Janela Aberta à Família, intitulado: **“A violência sobre as crianças”**, procurando divulgar os sinais de alerta de maus tratos e procedimentos a adoptar pelos profissionais com interesse e/ou responsabilidades na área de infância e juventude bem como pela população em geral.
- Em Maio de 2014, a equipa participou na IV Semana da Saúde e Bem-estar de Montenegro, onde dinamizou a sessão de sensibilização: **“ Proteger, um dever de todos – sinais de alerta de Maus Tratos”** dirigida à população em geral.
- De modo a sensibilizar a comunidade em geral para a problemática dos maus tratos a crianças e jovens, os elementos da equipa estiveram presentes na **Feira de Santa Iria em Faro, no stand da ARS – Algarve**, em Outubro de 2014, dando a conhecer a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e esclarecendo dúvidas da população.
- A equipa planeou e dinamizou a comemoração do **“Dia Internacional dos Direitos da Criança”** em 20 de Novembro de 2014, elaborando um panfleto sobre os direitos das crianças e oferecendo um conjunto de lápis de cor, com o objectivo de informar e sensibilizar as crianças para os seus direitos. Esta atividade foi alargada a todo o ACES Central.

Quanto ao 2º objetivo; “alargar a cobertura regional da ASCJR, nomeadamente no ACES Sotavento”, apesar de informalmente alguns técnicos do respectivo ACES e NACJR entretanto nomeados terem efetuado intervenções em situações pontualmente surgidas, não houve a formalização da atividade dos NACJR Tavira e Vila Real de Santo António. Para esta formalização de início de atividade, as equipas aguardam reunião entre os responsáveis do ACES, Coordenação Regional da ASCJR e respectivas equipas, para definição das condições de funcionamento do NACJR, atribuição de horário aos profissionais e demais condições logísticas para o funcionamento, e posteriormente haja lugar à realização de sessões de divulgação acerca do NACJR, aos profissionais do ACES, parceiros e comunidade em geral.

A melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados, prevista no 3º objetivo, consistia na realização de reuniões conjuntas entre os NHACJR e os respetivos NACJR da área de abrangência, (Faro e Portimão, respectivamente). As diferentes equipas mantiveram os contatos e circulação de informação pertinente entre NHACJR e NACJR. Contudo, não foram realizadas reuniões presenciais de discussão e encaminhamento de casos.

Importa ainda destacar, no âmbito da atividade dos Núcleos, a significativa representação dos elementos dos NACJR e NHACJR nas CPCJ da região, nomeadamente na modalidade restrita, em cumprimento ao disposto na Diretiva Conjunta assinada pela Ministra da Saúde e pelo Presidente Nacional da CNPCJR, em 2009.

A seguir, apresenta-se a recolha estatística da casuística de maus-tratos sinalizados aos Núcleos da região ao longo do ano de 2014, num total de 610 casos:

Número de Casos	Ano de 2014		
	M	F	TOTAL
<b>Casos Sinalizados - Total</b>	330	280	610
Em Acompanhamento	190	169	359
Arquivados	193	164	357
Transitados	103	124	227
Encaminhados	218	177	395
<i><b><u>se possível, discriminar:</u></b></i>			
Para parceiros 1º Nível	52	28	80
Para CPCJ	160	144	304
Para Tribunal	6	5	11

Tipo de Mau Trato <sup>1</sup>	Ano de 2014		
	M	F	TOTAL
Negligência (inclui abandono)	174	133	307
Mau trato físico	25	17	42
Abuso sexual	7	20	27
Mau trato psicológico (abuso emocional)	15	24	27
Risco social	108	78	186
Violência Doméstica	14	17	31
Suspeita de TSH	1	1	2
Comportamentos Desviantes	2	0	2
Gravidez na adolescência	0	7	7
Filho de Grávida Adolescente	2	1	3
<b>TRANSITADOS</b>	<b>113</b>	<b>116</b>	<b>229</b>
Negligência	56	65	121
Mau-trato físico	11	6	17
Abuso sexual	1	6	7
Mau trato psicológico	13	11	24

Risco Social	30	24	54
Violência Doméstica	2	4	6

## NECESSIDADES E DIFICULDADES SENTIDAS

As equipas referem como principais dificuldades ao longo do ano de 2014:

- Dificuldades ao nível dos recursos humanos:
- Número insuficiente de profissionais,
- Mobilidade de pessoal;
- Falta de horário de trabalho específico adstrito ao exercício de funções nos NACJR;
- Ausência de supervisão regular e contínua para discussão dos casos acompanhados;
- Necessidade de melhorar a articulação com outros projetos da área da infância e adolescência, nomeadamente o GASMI e o SNIPI;
- Dificuldades de logística/transporte para a realização de visitas domiciliárias.
- Défice de respostas ao nível dos serviços da comunidade.

## REFLEXÕES FINAIS

Considera-se de fundamental importância o reforço das atividades de prevenção dos maus-tratos, bem como intensificar a sensibilização junto dos profissionais de saúde para a deteção precoce e atempada das situações de risco. Uma vez implementada a rede de Núcleos em toda região, importa trabalhar para a sua consolidação efetiva. Os momentos de supervisão e intervenção às equipas assumem um papel preponderante na prossecução deste objetivo.

A partir da criação da ASGVCV, expande-se, naturalmente, a área de abrangência dos profissionais envolvidos na ASCJR, e assim, as exigências e solicitações serão maiores, pelo que a afetação horária e as

condições logísticas para o funcionamento das equipas NACJR, NHACJR e EPVA revestem-se de carácter imprescindível para o bom funcionamento da Ação a nível regional.

A busca de um trabalho efetivo e articulado na problemática dos maus-tratos e da violência ao longo do ciclo de vida é um caminho a seguir, no sentido da obtenção de ganhos em saúde para a população em geral. Cada vez mais, a saúde tem vindo a assumir compromissos intra e interinstitucionais no que respeita ao fenómeno dos maus-tratos, assumindo, este, um carácter de transversalidade. Assegurar condições para o melhor funcionamento das equipas NHACJR e NACJR poderá ser uma solução integrada e adequada para dar cumprimento aos compromissos e medidas dos diversos Planos e programas Nacionais, no que respeita ao fenómeno dos maus-tratos.

Faro, Março de 2014.

Marta Chaves da Silva

Coordenadora Regional da ASCJR.