



ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

Comissão de Acompanhamento

Relatório Intercalar

Direcção-Geral da Saúde

Abril de 2010

Índice

Nota Introdutória.....	3
Comissão de Acompanhamento	5
Coordenação global da Acção.....	5
Coordenação pedagógica, apoio à formação e documentação técnica	5
Equipa de Análise.....	10
Cooperação interinstitucional e articulação funcional.....	12
Desenvolvimento da Rede de Núcleos.....	14
Actividade dos Núcleos	16
Actividade dos NACJR e dos NHACJR	17
Tipologia dos maus tratos nos casos sinalizados.....	19
Nota final	21
Anexos.....	23

Nota Introdutória

No cumprimento do estipulado no Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, e no âmbito das competências que o mesmo diploma atribui à Comissão de Acompanhamento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), o presente documento visa relatar, de forma sucinta, o que tem sido o processo de desenvolvimento e de monitorização da conforme estipulado no.

É de salientar uma vez mais que, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), esta Acção veio dar continuidade e sedimentar o protagonismo e a dignidade institucional do que fora o Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde sobre Crianças e Jovens em Risco, em curso desde 2007.

A propósito dos trabalhos desenvolvidos desde o início desta intervenção, há que realçar um conjunto de factores que, de alguma forma, os condicionaram:

- o Em primeiro lugar, é de referir que o desenrolar da ASCJR tem sido contemporâneo de profundas **mudanças estruturais no SNS**, em particular na Rede de Cuidados Primários, que, compreensivelmente, têm regulado o desenvolvimento dos trabalhos, nomeadamente o alargamento e reforço da Rede de Núcleos de Apoio – **Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)** nos ACES/CS, **Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)** nos Hospitais com Atendimento Pediátrico e de **ambos os tipos** nas Unidades Locais de Saúde (ULS).
- o Conhecidas que são, no SNS, as limitações globais em termos de recursos humanos, há que salientar nesta matéria o facto de as mudanças no enquadramento jurídico dos profissionais e as novas regras da mobilidade dos mesmos condicionarem, de forma assinalável, a afectação e a gestão dos recursos englobados na Acção. De facto,

com a implantação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a criação de novas unidades orgânicas e funcionais, o reajustamento dos efectivos em função dos novos modelos estruturais permite tomar duas perspectivas de análise da questão:

Por um lado, estas recentes alterações nem sempre tem facilitado o processo de constituição das novas equipas interdisciplinares que devem integrar os Núcleos e, em diversos casos, levou mesmo a que se desactivassem (pelo menos, temporariamente) alguns Núcleos já constituídos e em funcionamento.

Porém, numa perspectiva oposta, a reorganização e a nova dinâmica nos serviços estará a constituir uma oportunidade para que, em muitos casos, seja facilitada a integração dos Núcleos, quer dos já constituídos, quer dos que estão a surgir agora.

- Além disso, outro aspecto da conjuntura – em concreto, a pandemia da gripe - adquiriu importância substantiva ao condicionar o desenvolvimento da ASCJR, em particular no 2º semestre de 2009, quer no que respeita à densificação e qualificação da Rede de Núcleos, quer quanto à concretização de outras tarefas a nível da Comissão de Acompanhamento da Acção e da Equipa de Análise que está a preparar a aplicação informática de suporte à ASCJR, quer, ainda, no que respeita ao trabalho das Coordenadoras Regionais e à organização dos momentos formativos das equipas.

No entanto, pese embora as vicissitudes apontadas, afigura-se viável o cumprimento do estipulado no Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro até ao final do corrente ano, desde que possam ser ultrapassados constrangimentos que ainda subsistem.

Comissão de Acompanhamento

Coordenação global da Acção

No âmbito das competências atribuídas, a Comissão de Acompanhamento tem mantido a articulação permanente com as **Coordenadoras Regionais da Acção**, a nível das **ARS**, contando com a manifesta disponibilidade e empenho daquelas, num relacionamento que tem permitido resolver parte substantiva das dificuldades surgidas.

Desde Dezembro de 2008, temos vindo a tomar conhecimento do desenvolvimento da Acção a nível das ARS através das respectivas Coordenadoras, mediante contactos informais, reuniões de trabalho e apresentação de relatórios internos, em que é dado testemunho das iniciativas tomadas, da capacidade de concretização apesar dos constrangimentos verificados, da actividade dos Núcleos, das potencialidades e das expectativas criadas.

Coordenação pedagógica, apoio à formação e documentação técnica

Formação inicial dos Núcleos

Desde a fase prévia à própria Acção, tem sido assegurado que, a nível Nacional, nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitalares, as equipas interdisciplinares dos Núcleos que se constituem ou que são reformulados participam numa acção de formação inicial (2 dias) que, em regime de “reunião de trabalho”, permite uma melhor aproximação ao âmbito da ASCJR, aos princípios e objectivos da intervenção, aos modelos organizativos e de articulação preconizados.

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

Assim, desde Maio de 2007 até Abril de 2010, realizaram-se **20 “Acções de Formação Inicial”** nas 5 ARS (**Quadro 1**), envolvendo as equipas multi-disciplinares dos Núcleos, abrangendo cerca de **480 profissionais**.

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

ARS	N.º de Acções de Formação
ARS Norte	7
ARS Centro	7
ARSLVT	3
ARS Alentejo	1
ARS Algarve	2

Numa perspectiva de formação mais avançada, tiveram lugar, também, os seguintes **Seminários Temáticos**:

Na ARSLVT:

- **2 Seminários** (um dia) sobre *Abuso Sexual* (Dezembro de 2008), orientados pela Associação Chão de Meninos, frequentados por Núcleos já em actividade.
- **1 Seminário** (dois dias) sobre *Sinais e Sintomas de Maus Tratos – Detecção Precoce*, (Março de 2010) orientado pela Associação Ser Bebê, frequentado por Núcleos já em actividade.

Na ARS Algarve:

- **1 Seminário** (dois dias) sobre *Sinais e Sintomas de Maus Tratos – Detecção Precoce*, (Março de 2010) orientado pela Associação Ser Bebé, frequentado por Núcleos já em actividade.

Em 21 de Outubro de 2009, realizou-se o **I Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**, no Centro Ismaili, em Lisboa, organizado pelo Ministério da Saúde, através da Direcção-Geral da Saúde e com a colaboração da Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, no qual participaram mais de 350 profissionais (*Anexo I*).

A iniciativa teve como principais destinatários os diferentes técnicos envolvidos nesta Acção de Saúde, em particular as equipas da Rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, nos ACES/Centros de Saúde e nos Hospitais do SNS com Atendimento Pediátrico e os representantes da Saúde nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

Dos conteúdos programáticos do Encontro, merecem destaque:

- Os maus tratos em crianças e jovens enquanto problema de saúde multidimensional
- O trabalho já realizado e o futuro da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- A Saúde na protecção de crianças e jovens em risco - uma responsabilidade partilhada
- A intervenção da Saúde e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.

É de salientar também que, de forma gradual, os diferentes protagonistas da ASCJR têm vindo a ser solicitados para **participação em múltiplos eventos** de carácter técnico científico, da iniciativa de várias entidades da Saúde e de outros Sectores, a nível local, regional e central.

No domínio das **acções futuras**, em termos de preparação técnica, há que enfatizar o seguinte:

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

- **Dar continuidade e finalizar as Acções de Formação Inicial dos Núcleos** em processo de instalação, de acordo com a calendarização apontada pelas ARS, no seguimento da constituição da Rede, a nível dos ACES/Centros Saúde, das Unidades Locais de Saúde e dos Hospitais com Atendimento Pediátrico
 - ARS Norte **3 Acções**, a realizar até ao final do ano (2 em Maio próximo)
 - ARS Centro **2 Acções**, 1 em Abril, outra em Maio e, pelo menos, mais 1 para os restantes NACJR
 - ARSLVT **1 Acção**, em Outubro próximo
 - ARS Alentejo **1 Acção**, em Junho próximo (a confirmar)
 - ARS Algarve *A definir*

- No que respeita a **Seminários Temáticos**, estão em preparação **3 na ARS Norte** (sobre *Apoio Jurídico e Discussão de Casos*, e outros, a definir), **6 na ARS Centro** (1 sobre *Sinais e Sintomas de Maus Tratos – Detecção Precoce* e 5 sobre *Apoio Jurídico e Discussão de Casos*), **4 na ARSLVT** (sobre *Apoio Jurídico e Discussão de Casos*).

- Realizar o **II Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**. Corroborando o desejo expresso pelos profissionais que intervêm nesta área, a Senhora Ministra da Saúde manifestou empenho em que fosse assegurada a continuidade daquela iniciativa. Nesse sentido, e conforme vontade também na altura manifestada por profissionais oriundos de diversos pontos do País, acordou-se que os Encontros futuros tivessem lugar fora de Lisboa. Assim, foi, já, aceite pela ARS Norte o convite no sentido de constituir a entidade co-organizadora do II Encontro, o qual irá ter lugar naquela Região em Novembro próximo, em data concreta a anunciar.

- No domínio da documentação técnico-científica, está a iniciar-se o processo de **revisão e actualização das “Orientações Técnicas”** aprovadas pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, de forma a actualizá-las de acordo com o estado da arte na matéria e legislação vigente.
Pretende-se assim obter uma publicação autónoma, de consulta simplificada, que permita aos profissionais obterem orientações mais precisas face às situações concretas com que se deparam e actuar de acordo com o respectivo enquadramento legal actualizado.

Equipa de Análise

Desde Janeiro de 2009, a Equipa de Análise encontra-se a preparar a aplicação informática de suporte à Acção, conforme também previsto no Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro. Para o efeito, este grupo tem vindo a reunir-se regularmente, tendo intensificado os trabalhos a partir de Novembro passado, beneficiando do reforço técnico a nível da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) e de mais colaboradores junto da coordenação da Equipa.

Devido a constrangimentos vários, nomeadamente os enunciados na Nota Introdutória, foi solicitada, e autorizada, a prorrogação do prazo para o exercício do mandato da Equipa de Análise, de molde a finalizar a tarefa para que foi mandatada.

É de salientar, uma vez mais, que, para além da actividade de profissionais ligados à Direcção-Geral da Saúde (DGS), os trabalhos têm decorrido com a participação efectiva e empenhada de elementos das ARS - quer as Coordenadoras Regionais, quer especialistas dos serviços de informática respectivos – sem esquecer a colaboração que, nesta matéria, a CNPCJR tem prestado.

Inicialmente, foi efectuado um levantamento sobre os instrumentos de registo relacionados com o fenómeno dos maus tratos em uso em diversas instituições; foram apreciadas as múltiplas aplicações informáticas que estão a ser utilizadas no SNS, tais como o SAM, Medicine One, Vitacare, SONHO, CIPE, SAPE, Alert SUB e outros.

A alocação de verbas e a negociação do caderno de encargos para a criação da aplicação informática para suporte da Acção cursa através da ACSS.

O trabalho que a Equipa de Análise tem vindo a desenvolver até ao momento - mantendo, agora, actividade permanente e reunião semanal - diz respeito, nos termos do Despacho que a constituiu, a:

- a) Identificar as formas de registo e os suportes de informação sobre maus tratos em crianças e jovens que estão, de momento, a ser utilizados nos serviços;*
- b) Definir o tipo de dados a serem recolhidos, no cumprimento dos preceitos legais em vigor, construir os instrumentos de notação e registo necessários, estabelecer os circuitos de informação pertinentes e os patamares de acessibilidade dos diferentes utilizadores, (...)*

Este trabalho será utilizado como base para a fase de Análise Funcional e Modelização de Negócio que se seguirá.

Ponto da situação:

- *Registos de Informação concluídos:*
 - Ficha de Sinalização;
 - Ficha de Sinalização para os Serviços de Urgência;
 - Ficha de Diagnóstico;
 - Excel de Registo (simulador de Base de Dados);

- *Registos de Informação em desenvolvimento:*
 - Ficha de Visita Domiciliária;

- *Operacionalização dos procedimentos de acompanhamento das situações de maus-tratos previstos nos fluxogramas do Documento Técnico;*

- *Elaboração de vários tipos de relatórios pré-definidos a utilizar nas diferentes fases de acompanhamento das situações de risco.*

Cooperação interinstitucional e articulação funcional

A cooperação e a articulação com outras entidades têm sido basilares no desenvolvimento dos trabalhos da ASCJR.

A **Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)** tem constituído um parceiro de assinalável importância nesta matéria, quer numa perspectiva informal, quer formal. Tem havido efectiva concertação de ideias nas reuniões havidas e na documentação produzida, facto que tem possibilitado a clarificação de algumas situações decorrentes do próprio processo de reformulação estrutural dos Cuidados de Saúde Primários.

É testemunho deste facto a produção de um ***Esclarecimento Conjunto*** acerca das características dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e da respectiva inserção no contexto da criação dos ACES, emitido, em simultâneo, nos sites da DGS e da MCSP, em Maio de 2009 (***Anexo II***).

Por outro lado, merece, de facto, destaque particular a cooperação frutuosa que tem sido mantida com a **Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR)**. Tal apoio tem vindo a expressar-se de diferentes formas, nomeadamente:

- Nos contributos dados pela CNPCJR nos trabalhos da Equipa de Análise para a elaboração da aplicação informática de suporte à Acção.
- Na participação conjunta em diversas iniciativas da CNPCJR e do Ministério da Saúde.
- Nos contributos dados pela Comissão de Acompanhamento da Acção para uma proposta de alteração da Lei de Protecção.
- Na estreita colaboração prestada pela CNPCJR na preparação e no desenrolar do I Encontro Nacional da Rede de Núcleos, acontecido em Outubro passado.
- No trabalho concertado entre instituições, através do representante do Ministério da Saúde na CNPCJR que, simultaneamente, desempenha funções de coordenação da Comissão de Acompanhamento da Acção; nesta matéria há que destacar a possibilidade de promover a interlocução entre as CPCJ e as entidades da saúde nelas representadas, incrementando a participação efectiva no trabalho das mesmas.

Contudo, é de assinalar de modo especial a emissão de uma **Directiva Conjunta**, produzida pelo Ministério da Saúde e pela CNPCJR, a propósito do processo de designação e das atribuições dos representantes da saúde nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), celebrada em Outubro último, tendo em vista racionalizar a participação dos profissionais representantes da Saúde naquelas entidades (*Anexo III*).

De acordo com os testemunhos que nos têm sido transmitidos, este documento tem constituído um referencial clarificador quanto ao processo de articulação funcional entre serviços de saúde e CPCJ, em particular no que respeita à actividade dos representantes da saúde nas mesmas.

De salientar, ainda, que a CNPCJR tem sido interlocutora nos trabalhos respeitantes à colaboração entre Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Medicina Legal, no que se refere à necessária agilização do diagnóstico de situações específicas de maus tratos a crianças e jovens, em particular em casos de abuso sexual, pretendendo-se, em breve, a celebração de um protocolo entre aquelas entidades.

É de realçar também que a Comissão de Acompanhamento da Acção, em apoio à Divisão de Saúde Reprodutiva da Direcção-Geral da Saúde, participou na elaboração da Proposta da actual Portaria Conjunta do **Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e do Ministério da Saúde** (Portaria n.º 965/2009, de 25 de Agosto), a qual estabelece a articulação entre as unidades de saúde e os serviços da segurança social na detecção de eventuais situações de risco social, cumprindo-se assim o comando legal consagrado no artigo 101.º D da Lei n.º 29/2007, de 2 de Agosto, que aprova o Código do Registo Civil.

Desenvolvimento da Rede de Núcleos

A construção faseada da Rede de Núcleos tem vindo a ser concretizada de acordo com a metodologia que havia sido apontada inicialmente; assim, a constituição e entrada em funcionamento daqueles é gerida a nível das ARS e respectivos ACES, Hospitais e ULS, cabendo à Comissão de Acompanhamento a monitorização do processo e condução das acções de formação inicial.

O desenvolvimento da ASCJR tem sido condicionado, em larga medida, pelos constrangimentos mencionados na Nota Introdutória; a progressão no número de Núcleos criados e a respectiva entrada em funcionamento tem sofrido alguns hiatos, nomeadamente no que respeita à constituição e actividade dos NACJR.

A criação dos ACES e das novas ULS determinou uma modificação dos modelos organizativos dos serviços e da gestão dos recursos humanos, a qual produziu impacte assinalável - e compreensível - no enquadramento, estruturação e funcionamento de novos Núcleos. Por outro lado, foram desactivados Núcleos que antes haviam sido criados – mesmo que transitoriamente - com base em interpretações restritivas dos termos do Despacho Ministerial que criou a ASCJR.

Tal facto justificou, aliás, a divulgação do já citado Esclarecimento Conjunto da Missão para os Cuidados de Saúde Primários e da DGS/Comissão de Acompanhamento, reiterando o princípio fundamental da acção em saúde no domínio dos maus tratos em crianças e jovens - ou seja, o da intervenção de proximidade por parte de equipas interdisciplinares, cooperantes com as suas congéneres de outros sectores – expresso, desde o início do projecto, pela relação *1 centro de saúde / 1 núcleo*.

No contexto descrito, o processo tem adquirido características de marcada heterogeneidade entre as diferentes ARS, ACES e ULS. A nível Hospitalar,

salvo escassas excepções, constata-se que tem sido possível activar os NHACJR onde não existiam antes e enquadrar na Acção os que haviam sido criados previamente. Contudo, tais vicissitudes não se afiguram ser impeditivas, em termos genéricos, da concretização do desiderato inicial, ou seja, ter montada, e a funcionar, a Rede de Núcleos no final do corrente ano - a nível dos cuidados primários e dos hospitais com atendimento pediátrico - desde que se mantenha o empenho dos decisores e dos profissionais já envolvidos e se motivem aqueles a envolver.

Até ao momento, estão criados e a desenvolver actividade **189 Núcleos**, a nível das 5 ARS, sendo **154 NACJR** e **35 NHACJR**¹ (Quadro 2).

Quadro 2
NACJR e NHACJR criados, por ARS (até Abril de 2010)

ARS	Núcleos Criados		
	NACJR	NHACJR	Total
ARS Norte	76	17	93
ARS Centro	49	7	59
ARSLVT	19	8	27
ARS Alentejo	2	1	3
ARS Algarve	8	2	10
Total	154	35	189

¹ No momento actual, o apuramento exacto do número de Núcleos já criados revela um aspecto que não pode deixar de ser ponderado: de facto, o processo de reformulação dos serviços dentro de cada ACES e a organização das respectivas unidades funcionais, estando ainda em marcha, condicionam em alguns casos a própria estruturação dos Núcleos e a respectiva quantificação. Refira-se, a título de exemplo, que num ACES foi criado um grande Núcleo, assumindo que são parte integrante deste as equipas interdisciplinares que, situadas nos Centros de Saúde desse ACES, trabalham nesta matéria; ora, de acordo com as orientações da ASCJR, essas equipas, por si só, já podem ser interpretadas, cada uma delas, como constituindo um Núcleo.

Saliente-se que, para além destes 189 Núcleos que já iniciaram actividade, existem **diversos outros já nomeados**, nas 5 ARS, que começarão a desempenhar funções à medida que participarem nas Acções de Formação Inicial já mencionadas.

Actividade dos Núcleos

Uma análise rigorosa acerca da actividade dos Núcleos será posta em marcha a partir do momento em que esteja concluída e a ser utilizada a aplicação informática de suporte à ASCJR, que está a ser preparada pela Equipa de Análise.

Nessa altura, começará também a ser traçada uma verdadeira caracterização epidemiológica dos maus tratos em crianças e jovens, assim como da evolução do fenómeno, dado que passará a ser efectuada a notação sistemática da casuística assinalada pelos profissionais do SNS.

Contudo, mediante a aplicação de um instrumento de notação e registo básico, ainda em suporte material, tem sido possível colectar um conjunto de dados que, mau grado o carácter meramente indicativo de que se revestem, dão a perceber a ordem de grandeza do trabalho desenvolvido pela maioria dos NACJR e dos NHACJR, das interacções estabelecidas com os parceiros na gestão dos casos e, ainda, em traços gerais, a tipologia dos mesmos.

Mas, dados os condicionalismos referidos, há que reafirmar tratar-se de um estudo ainda exploratório, em que os valores apontados devem ser encarados como provisórios e meramente indicativos no que se refere aos fenómenos em análise².

Traçar-se um quadro epidemiológico mais rigoroso sobre os maus tratos em crianças e jovens só será viável quando a aplicação informática estiver em funcionamento, a partir de 2011.

² É de notar que se trata de *dados parcelares*, uma vez que, nesta fase, nem todos os Núcleos apresentaram a respectiva casuística.

Actividade dos NACJR e dos NHACJR³

Dos 189 Núcleos já em funcionamento, a maioria apresentou dados referentes à actividade desenvolvida, permitindo ilustrar, se bem que ainda de uma forma grosseira, o trabalho desenvolvido nos últimos meses.

De acordo com os elementos obtidos, apurou-se que, **no conjunto das 5 ARS**, no decurso do **segundo semestre de 2009**, houve registo de **2815 casos** de maus tratos sinalizados nos Núcleos.

A distribuição regional evidencia que, naquele período, foi na ARS de Lisboa e Vale do Tejo e na ARS Norte, conforme esperado, que se registou maior número de casos, com 43% e 28%, respectivamente.⁴, valores percentuais que não se afastam de modo assinalável dos verificados em avaliação anterior.

Um aspecto que revela o crescente envolvimento e capacidade de intervenção da saúde neste domínio é o facto de ter aumentado a percentagem de casos em que não houve necessidade de recorrer a outros organismos. **Os Núcleos tinham em acompanhamento 45% dos casos** (seguidos directamente ou em consultadoria a outros profissionais), **arquivaram 10%** e **encaminharam para outros organismos 45%** das situações (procedimento que, em meses anteriores, representara 54% do total)

Merece relevo, ainda, o facto de a **distribuição dos casos encaminhados para outros organismos** ser percentualmente mais relevante no que respeita a **outras entidades com competência em matéria de infância e juventude** (51% do total de encaminhamentos) quando comparada com o valor apurado em período anterior (47%). Tal sugere uma maior capacidade do Serviço

³ Dadas as limitações quanto aos dados apresentados, optou-se por não apresentá-los com grande detalhe, por exemplo, não fazer distinção entre a actividade nos Núcleos a funcionar nos Cuidados de Saúde Primários e a nível Hospitalar.

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

Nacional de Saúde, enquanto entidade de 1º nível, para cumprir o *princípio da subsidiariedade*, plasmado no art. 4º da Lei nº 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo), ao rentabilizar de forma mais apurada os seus recursos antes de accionar os mecanismos de cooperação com as demais entidades situadas no 1º nível de intervenção e com as CPCJ (entidades de 2º nível) (**Quadro 3**).

Quadro 3
Casos de Maus Tratos Sinalizados nos NACJR e NHACJR
(Julho de 2009 a Dezembro de 2009)

	Encaminhados para outras entidades de 1ª linha	Encaminhados para CPCJ	Encaminhados para M.Público/Tribunal
Casos encaminhados para outros organismos (Total – 1264)	51% (antes, 47%)	39% (antes, 41%)	10% (antes, 12%)

Quando considerada a casuística em cada ARS, constata-se um panorama semelhante, embora com variações numéricas acentuadas, condicionadas pelas idiosincrasias regionais.

Instados a pronunciarem-se sobre as principais constrangimentos e necessidades sentidas, uma parte substantiva dos profissionais envolvidos referiu precisar de mais horas disponíveis para as actividades a nível dos Núcleos, poder aprofundar conhecimentos em algumas matérias específicas como a área jurídica, a detecção precoce de sinais e sintomas de maus tratos e dispor de supervisão técnica do desempenho.

Tipologia dos maus tratos nos casos sinalizados

No que respeita à caracterização dos casos de maus tratos detectados, há também que ter em conta algumas condicionantes, como o facto de ainda não se encontrarem integralmente afinados os critérios de notação e a definição das variáveis - dificuldade que será ultrapassada/minorada aquando da utilização da aplicação informática ora em construção.

Sem deixar de ponderar tais limitações, foi possível apurar que a distribuição quanto a *negligência* (incluindo *abandono*), *maus tratos físicos*, *abuso sexual* e *mais tratos psicológicos* não diferiu, de modo substantivo, da encontrada nos meses anteriores.

Assim, é de salientar o facto de, em **cerca de três quartos das situações detectadas**, estar-se em presença de **negligência**, nas suas múltiplas formas⁵ (Quadro 4).

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

Tipologia dos casos	Negligência	Mau Trato Físico	Abuso Sexual	Mau Trato Psicológico
	72% (antes, 70%)	9% (antes, 12%)	7% (antes, 7%)	12% (antes, 11%)

Quando considerada a distribuição nas cinco ARS encontrou-se sempre uma predominância acentuada de casos de negligência, variando entre 62% (ARS Algarve) e 77% (ARS Norte).

⁵ É de realçar que foi solicitado aos Núcleos que, sempre que fosse detectada a presença de mais do que um tipo de mau trato - como, aliás, acontece com frequência - fosse mencionado apenas aquele considerado como mais relevante.

Facto semelhante se verifica ao efectuar comparações entre Núcleos de uma mesma região, considerado, ou não, o tipo de instituição de pertença (Hospital, Unidade Local de Saúde ou ACES/Centro de Saúde).

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

Nota final

No âmbito da Acção para Crianças e Jovens em Risco, o trabalho até aqui realizado permite salientar o seguinte:

- A forma como a Saúde está a organizar-se para prevenir e responder às situações de maus tratos que afectam crianças e jovens, não só encontra eco legal na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, como, através da criação dos Núcleos, vem permitir ao SNS atender ao apelo que a mesma Lei faz, assumindo de modo mais efectivo a sua responsabilidade enquanto entidade de 1º nível na promoção e protecção dos direitos das crianças e dos jovens.
- São assinaláveis os avanços que têm vindo a acontecer no desenvolvimento da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, quer no que respeita à progressão no número de Núcleos já instalados e em funcionamento, quer no processo de preparação das equipas interdisciplinares que os constituem - pese embora assimetrias regionais que ainda se constata existirem.
- O envolvimento já demonstrado pela generalidade das equipas que integram os Núcleos, a implantação gradual destas no terreno, o empenho a nível das coordenações regionais e central, e respectivos grupos de trabalho, representam um capital significativo no que respeita à prossecução da Acção e ao cumprimento dos objectivos para ela apontados.
- Subsistem, porém, alguns constrangimentos que têm condicionado o processo de desenvolvimento, em particular na construção da Rede de Núcleos, os quais há que minorar ou eliminar.
- Assim, e no sentido de ultrapassar as dificuldades detectadas e referidas no presente documento, há que assegurar:

- A aplicação sistemática das boas práticas em matéria de maus tratos a crianças e jovens, mediante o acesso à informação de qualidade aos profissionais que lidam com crianças e jovens, à formação e supervisão técnica continuada por parte das equipas dos Núcleos;
- Condições e mecanismos de intervenção que permitam finalizar a construção da Rede de Núcleos, consolidá-la, acompanhá-la e dar continuidade ao seu funcionamento, processo para o qual será indispensável dispor de suporte institucional continuado e de políticas de saúde favoráveis.

Nesta conformidade, em nosso entender, será da máxima importância que a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, ou a entidade que venha a dar-lhe continuidade, mereça um enquadramento ainda mais consistente no planeamento global da Saúde para os próximos anos.

Lisboa, 26 de Abril de 2010

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

ANEXOS

Anexo I



I Encontro Nacional da Rede de Núcleos da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco 21 de Outubro de 2009

Centro Ismaili

Rua Abranches Ferrão • 1600 -001 Lisboa

PROGRAMA

MANHÃ

- 8h30** Abertura do Secretariado
- 9h30** Sessão de Abertura
Director-Geral da Saúde – Francisco George
Presidente da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco – Armando Leandro
Presidente do Conselho Nacional da Comunidade Muçulmana Ismaili - Amirali Bhanji
Coordenador da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Vasco Prazeres
- 10h00** Maus Tratos em Crianças e Jovens – Uma questão de Saúde
▪ Maria José Lobo Fernandes – Pediatra/ Comissão de Acompanhamento
▪ Maria José Gonçalves - Pedopsiquiatra
- 11h15** COFFEE-BREAK
- 11h45** Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Um ponto de situação
▪ Moderação - Ana Jorge (Pediatra)
▪ Comissão de Acompanhamento – Bárbara Menezes
▪ Coordenadores Regionais – Helena Jardim (ARSN), Carolina Veloso (ARSC), Edite Branco (ARSLVT),
Conceição Margalha (ARSALEN), Eusébio Pacheco (ARSALG)
- 12h45** ALMOÇO

TARDE

- 14h30** A Saúde na Protecção das Crianças e Jovens em Risco - Uma responsabilidade partilhada
▪ Moderação - Júlio Bilhota Xavier (Presidente da C.N.S.M.C.A.)
▪ Deolinda Barata (HDE), Paula Reis (CS Aldoar), Susana Andrade (CS Lumiar)
- 16h00** A Intervenção da Saúde e as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens
▪ Moderação: Armando Leandro (Juiz Conselheiro)
▪ Ana Perdigão (IAC/C Acompanhamento), Marta Silva (CS/ CPCJ Loulé)
- 17h15** Sessão de Encerramento
Ministra da Saúde – Ana Jorge
Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação – Idália Moniz
Presidente da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco – Armando Leandro
Coordenador da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco – Vasco Prazeres

Anexo II

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lisboa, 7 de Maio de 2009

Anexo III



Ministério da Saúde



du

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

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

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

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

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



Ministério da Saúde



AS

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

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

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

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

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

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



Ministério da Saúde



AN

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

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

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

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



Ministério da Saúde



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

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

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

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



Ministério da Saúde



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

Lisboa, 10 de Setembro de 2009.

A Ministra da Saúde

Ana Teodoro Jorge

O Presidente da CNPCJR

Armando Gomes Leandro