



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**Conhecimentos dos educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do
ensino básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à
sinalização**

Adriana Isabel Mendes Ventura

Coimbra, novembro de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**Conhecimentos dos educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do
ensino básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à
sinalização**

Adriana Isabel Mendes Ventura

Orientadora: Professora Doutora Sílvia Silva, Professora Adjunta, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Cristina Veríssimo, Professora Adjunta, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária – Área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Coimbra, novembro de 2023

All grown-ups were once children... but only few of them remember it.

- Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por serem os meus alicerces em todas as circunstâncias da vida. Pelos valores essenciais. Por todo o suporte, pela preocupação constante, pelo carinho, pela paciência, por acreditarem que seria capaz, por serem as pessoas mais importantes. Serei eternamente grata. Obrigada por me deixarem voar!

Aos meus avós que serão para sempre carinho e compreensão.

Ao meu Miguel que foi Amor, força, incentivo e paciência. Agradecer-te não é um gesto que se põe em papel, mas algo que se partilha ao longo da vida.

Aos meus padrinhos que sempre estiveram presentes em cada conquista. À minha madrinha que sempre foi como uma irmã mais velha para mim, pelo amor, exemplo, incentivo e confiança. Ao meu príncipe Martim, o meu afilhado, por ser uma criança-luz.

À minha melhor amiga Filipa Fonseca, por ser irmã de coração e estar sempre presente, por me provar diariamente o que é superação e ambição. A vida é mais bonita ao teu lado! Um obrigada enorme pela motivação e apoio incondicional mesmo à distância.

Às minhas colegas desta aventura Carla Areias, Rute Lopes, Vera Cordeiro e Vera Cruz que foram o mais bonito acaso deste percurso. Foram as vozes destes quase 2 anos, foram apoio, partilha, foram e são amizade. Um obrigada sincero da vossa caçula!

À minha Orientadora, Professora Sílvia Silva, que acreditou em mim desde o primeiro dia, ao aceitar orientar este trabalho e levar o projeto mais longe. Por todo o apoio, exemplo, dedicação e disponibilidade. Foi um privilégio partilhar este trabalho consigo.

À minha coorientadora, Professora Cristina Veríssimo, pela enorme partilha de saber e disponibilidade. Esta conquista é nossa! A todos os professores, em especial à Professora Clarinda Cruzeiro pelos ensinamentos desde o curso base.

Às minhas tutoras de estágio Enfermeira Manuela Ferreira e Enfermeira Marisol Castelo-Branco, bem como a todos os elementos das equipas da USPBV e UCCNM, por me terem acolhido tão bem nos seus locais de trabalho e terem sido um exemplo.

À Enfermeira Marisol, mais uma vez, que foi colega, tutora e amiga! Obrigada por acreditares neste projeto desde início e pela forma como cuidas todos os dias.

Por fim, um obrigada a todos os meus colegas de equipa que me substituíram em alguns períodos, sem eles esta caminhada também não teria sido possível.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeSBM - Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego

ACeSBV - Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Vouga

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CNPDPJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

COSI – Childhood Obesity Surveillance Initiative

CPCJ – Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSNM – Centro de Saúde de Norton de Matos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

EAtEMtl – Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERA – Equipa Regional de Apoio

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IGRA – Teste Interferon Gamma Release Assay

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

M - Média

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

Md – Mediana

Mo – Moda

NACJR – Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

ODS – Objetivos Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS -Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PPIPE – Promoção para a Proteção da Infância por Profissionais da Educação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SBV – Suporte Básico de Vida

SGS – Sociedade Geral de Superintendência

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCNM – Unidade de Cuidados na Comunidade de Norton de Matos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

USPBV – Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga

VIH/SIDA – Vírus da imunodeficiência humana

Xmáx. - Máximos

Xmín. – Mínimos

RESUMO

Introdução: O presente Relatório Final de Estágio é o culminar de um percurso de formação que reflete a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, com a elaboração de um projeto de intervenção para educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico. De acordo com a Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Coimbra (2022), as entidades que mais comunicaram situações de perigo foram as autoridades policiais, seguido de anónimos, escolas e, o Ministério Público. A nível nacional, as escolas são as segundas entidades que mais sinalizam, porém, no município de Coimbra apenas sinalizaram 11,96% dos casos. Verifica-se a possibilidade de subsinalização por parte das escolas, sendo este um local de eleição para a deteção precoce de maus-tratos.

Objetivos: caracterizar os contextos de estágio; descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; avaliar os conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis e as suas atitudes face à sinalização.

Metodologia: estudo descritivo, transversal, com educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul (N=34). Foi aplicada a Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMI) e a "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil".

Resultados: espera-se que as competências adquiridas contribuam para um crescimento pessoal e profissional e forneçam oportunidades de intervenção na área da enfermagem comunitária e de saúde pública com ganhos em saúde para as comunidades. Sobre os resultados do estudo: a amostra possui mais conhecimentos sobre sinais de suspeita de maus-tratos físicos e menos sobre maus-tratos psicológicos; foram detetados mais sinais de suspeita ao nível da negligência e menos ao nível dos maus-tratos físicos; verificaram-se atitudes concordantes com a sinalização dos maus-tratos e discordantes quanto à autoridade parental abusiva e punição física.

Palavras-chave: maus-tratos infantis; violência doméstica; violência; infância; enfermagem comunitária

ABSTRACT

Introduction: This Final Internship Report represents the culmination of a training journey that reflects the acquisition of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing, in the fields of Community Health Nursing and Public Health Nursing. It also includes the development of an intervention project aimed at early childhood educators and teachers of the 1st cycle of basic education. According to the Commission for the Protection of Children and Youth of Coimbra (2022), the entities that reported the most situations of danger were the police authorities, followed by anonymous reports, educational establishments, and finally, the Public Prosecutor's Office. Nationally, educational establishments are the second entities that report the most, however, in the municipality of Coimbra, they only reported 11.96% of cases. It is understood that there may be an issue of underreporting on the part of schools, despite being a preferred location for the early detection of child abuse.

Objectives: To characterize the internship contexts; describe and reflect upon the activities carried out during the internship for the acquisition of specialized skills in Community Health Nursing and Public Health Nursing; assess the knowledge of preschool educators and 1st cycle elementary school teachers regarding child abuse and their attitudes towards reporting.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted with preschool educators and 1st cycle elementary school teachers from the Coimbra Sul School Cluster (N=34). The "Scale of Educators' Attitudes Toward Child Maltreatment" and "Checklist for recognizing possible child abuse by educators" were applied.

Results: It is expected that the acquired competencies will contribute to both personal and professional growth and provide opportunities for intervention in the field of community nursing and public health, ultimately leading to health improvements in communities. About the results of the study: the sample has more knowledge about signs of suspected physical abuse and less about psychological abuse; more signs of suspicion were detected at the level of neglect and fewer at the level of physical abuse; there were attitudes consistent with reporting abuse and disagreements regarding abusive parental authority and physical punishment.

Keywords: Child abuse; domestic violence; violence; childhood; community nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Área de Abrangência da USPBV.....	23
Figura 2 - Pirâmide Etária da População Abrangida pela USPBV.....	24
Figura 3 - Freguesias do Município de Oliveira do Bairro.....	27
Figura 4 – Municípios do distrito de Coimbra.....	29
Figura 5 - Freguesias do Município de Coimbra.....	29
Figura 6 - Área de Abrangência da UCCNM.....	33
Figura 7 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCNM.....	33
Figura 8 - Intervenção Subsidiária do Perigo.....	40
Figura 9 - Modelo Ecológico da OMS para a compreensão da violência.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hospitais Públicos de Referência e instituições da RNCCI da área de abrangência da USPBV.....	25
Tabela 2 – Fatores de Risco para a ocorrência de maus-tratos em crianças/jovens...	40
Tabela 3 - Fatores de proteção em situações de maus-tratos a crianças/jovens.....	41
Tabela 4 - Atividade Diagnóstica segundo o MAIEC.....	51
Tabela 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra.....	61
Tabela 6 – Caracterização da amostra segundo a sua autopercepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis.....	62
Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo a autopercepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis.....	62
Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a posse de formação em maus-tratos infantis.....	62
Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com o contacto com criança vítima de maus-tratos.....	62
Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo atuação face a situação identificada.....	63
Tabela 11 - Distribuição dos motivos selecionados pelos participantes para a não denúncia.....	63
Tabela 12 - Distribuição dos fatores de risco/causas identificadas pelos participantes nas situações de maus-tratos identificadas.....	64
Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo a atuação face a possível contacto com criança vítima de maus-tratos.....	65
Tabela 14 – Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos por negligência.....	66
Tabela 15 – Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos físicos.....	67

Tabela 16- Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais.....	68
Tabela 17 - Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais.....	69
Tabela 18 - Distribuição dos participantes segundo os seus conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos infantil.....	70
Tabela 19 - Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos por negligência.....	71
Tabela 20 - Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos físicos.....	73
Tabela 21 - Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos.....	74
Tabela 22 - Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais.....	75
Tabela 23 - Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos infantis.....	76
Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo pertinência do tema abordado.....	78
Tabela 25 - Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação relativamente à sessão.....	78
Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo o interesse em realizar formação em maus-tratos.....	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO	22
1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	22
1.1.1 Polo de Oliveira do Bairro	26
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	29
CAPÍTULO 2 - INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA	37
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	37
2.2. PLANEAMENTO EM SAÚDE	46
2.2.1. Modelo Ecológico para compreensão da violência da Organização Mundial de Saúde	48
2.2.2 - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário	50
CAPÍTULO 3 - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: PROJETO DE PROMOÇÃO PARA A PROTEÇÃO DA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO	52
3.1. METODOLOGIA	53
3.2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	59
3.3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	60
3.4. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS	60
3.4.1. Avaliação das Sessões de Sensibilização	77
3.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
3.6. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO	84
CAPÍTULO 4 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETENCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA	87
4.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	88
4.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	92

4.3. OUTRAS ATIVIDADES.....	96
4.4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	97
4.5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	100
CONCLUSÃO.....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106

ANEXOS

ANEXO I – Programas/Projetos de Intervenção ativos da USPBV por área funcional

ANEXO II – Projetos de Intervenção Comunitária da UCCNM

ANEXO III - “Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil”

ANEXO IV - “Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMI)”

ANEXO V– Autorização para Utilização das Escalas

ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

ANEXO VII – Autorização do Agrupamento de Escolas para Implementação do Projeto

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE II – Apresentação das sessões de sensibilização com o tema “Maus-tratos Infantis”

APÊNDICE III – Plano de sessão “Maus-tratos infantis”

APÊNDICE IV - Formulário de Avaliação das sessões de sensibilização sobre maus-tratos infantis

APÊNDICE V – Plano de sessão “Quebra-Cabeças musical”

APÊNDICE VI – Apresentação da atividade “Quebra-cabeças musical”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio é referente ao Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), que decorreu entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023 nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga (ACeSBV) e Baixo Mondego (ACeSBM), sob orientação pedagógica da Professora Doutora Sílvia Silva e coorientação da Professora Cristina Veríssimo.

Este documento procura descrever os contextos de estágio, o desenvolvimento das competências adquiridas, bem como apresentar o projeto de intervenção elaborado. Pretende-se caracterizar a Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga (USPBV) e, concretamente o polo de Oliveira do Bairro, e a Unidade de Cuidados na Comunidade de Norton de Matos (UCCNM), assim como as regiões onde estão inseridas cada uma destas unidades funcionais, compreender a importância da intervenção comunitária tendo como referência a metodologia de planeamento em saúde, descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e refletir sobre elas à luz das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, analisar e refletir sobre as etapas desenvolvidas no projeto de intervenção (Promoção para a Proteção da Infância por Profissionais da Educação [PPIPE]), numa perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento como futura Enfermeira Especialista.

De acordo com o Despacho nº 31292/2008 de 5 de dezembro, os enfermeiros, como profissionais de saúde e pela natureza das funções que desempenham, têm responsabilidade na deteção atempada de fatores de risco, sinais de alarme e sinalização de crianças e jovens em risco. Concomitantemente, os enfermeiros como promotores da saúde, devem ainda estar dispostos a desenvolver o processo de promoção da saúde em contexto escolar, partilhando conhecimentos e criando redes com a comunidade (Ministério da Saúde, 2008).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015), no seu artigo 102º, refere que “o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de (...) salvaguardar os

direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” (pp. 78-79). Ainda, o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE (2015), no seu artigo 101º refere que

enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde (...) assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (OE, 2015, p.78).

Para que tal aconteça é fundamental que os enfermeiros desenvolvam conhecimento na área dos maus-tratos infantis e estejam atentos à comunidade escolar como unidade de cuidados.

De acordo com a DGS (2011), maus-tratos a crianças podem definir-se como “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011, pp.6-10). Em 2002, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que, tendo por base a relevância da sua ocorrência e a dimensão das suas consequências, a violência deve ser considerada como um problema grave de saúde pública e que, por isso, todos os países devem dar primazia à prevenção primária da violência. O referido relatório termina com nove recomendações, das quais se destaca a sexta recomendação: “a prevenção primária da violência deve ser integrada nas políticas educativas e sociais, assim como a promoção da igualdade de género” (OMS, 2002, p. 33).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015), “em relação a situações de risco ou mesmo de maus-tratos que comprometem a saúde de crianças e jovens, ameaçam a sua segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo, é indispensável uma colaboração estreita entre serviços ou níveis de cuidados.” (p.42). Assim, sendo os maus-tratos uma problemática que envolve não só a criança/jovem como toda a sua família e comunidade torna-se indispensável a articulação entre enfermeiro e educador/professor, não descurando o envolvimento da família. As equipas de saúde escolar têm um papel essencial na sensibilização e empoderamento dos profissionais da educação, nomeadamente dos educadores e professores, dando cumprimento ao Eixo 1 – Capacitação, do PNSE (DGS, 2015).

Assentando nestes pressupostos, a realização deste estudo tem como finalidade promover a proteção da infância pelos educadores/professores, capacitando esta

comunidade para reconhecer e encaminhar as situações de maus-tratos infantis, através de ações de formação, enquadrando-as no âmbito de educação para a saúde. Pretende-se realizar um trabalho em rede entre os vários intervenientes (saúde, escola, família), empoderando a comunidade escolar. Para além disso, o desenvolvimento deste projeto contribuiu para aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos: o primeiro capítulo diz respeito à caracterização dos contextos de estágio; o segundo refere-se ao estudo de investigação e sua fundamentação; o terceiro capítulo apresenta o projeto de intervenção PPIPE, os resultados obtidos e sua discussão e no quarto e último capítulo são descritas as atividades desenvolvidas acompanhadas de uma reflexão crítica das competências comuns e específicas adquiridas.

O presente documento foi redigido segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC (Conselho Pedagógico, 2016) e as Normas de Elaboração e Apresentação de Relatório Final de Estágio da ESEnfC (ESEnfC, 2018).

CAPÍTULO 1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO

1.1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Após a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi criada a USPBV a 30 de novembro de 2012. A sua sede localiza-se na cidade de Aveiro e apresenta 11 polos, correspondentes aos 11 municípios abrangidos pelo ACeSBV (USPBV, 2019). Estes 11 concelhos integram a Unidade Territorial Estatística de Nível III - NUTS III - Região do Baixo Vouga, correspondente à Região de Aveiro.

O ACeSBV é constituído por 50 unidades funcionais (1 Unidade de Saúde Pública [USP], 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], 11 Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], 20 Unidades de Saúde Familiar [USF] e 17 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]) que desenvolvem as suas funções nos Centros de Saúde (CS) que incorporam, individualizadas pela sua missão, localização e designação e, possui a sua sede em Aveiro (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2023a).

Existem 11 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), uma em cada concelho e 3 Equipas de Coordenação Local (ECL) (USPBV, 2019).

No ACeSBV operam, sob subordinação do Diretor Executivo, os Serviços de Apoio, a Unidade de Apoio à Gestão (UAG), que inclui o departamento de Recursos Humanos, Gestão Financeira e Contabilidade, Serviços Gerais e Aprovisionamento e Sistemas de Informação, o Gabinete do Cidadão e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (BI-CSP, 2023a).

A USPBV funciona como observatório de saúde da área de abrangência do ACeSBV e apresenta como missão:

contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde (...) promove e participa na investigação em saúde e na formação dos diversos grupos profissionais que a integram, nas suas diferentes fases pré-graduada, pós-graduada e contínua. (ACeSBV, 2014, p.17)

É uma entidade que visa, “no exercício das suas funções operativas, garantir a cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde, podendo envolver outras instituições, públicas, privadas ou da área social, com importância para

a saúde da comunidade” (ACeSBV, 2014, p.17). A USPBV rege-se pelos valores de cidadania, qualidade, excelência, inovação e desenvolvimento, multidisciplinariedade, colaboração, diferenciação, intercooperação, equidade e acesso, políticas saudáveis, e responsabilidade social (BI-CSP, 2023b).

A USPBV desenvolve as suas funções na sede do ACeSBV e integra uma equipa de trabalho em cada um dos 11 polos (BI-CSP, 2023b). Possui 400416 utentes inscritos, divididos pelas diferentes unidades funcionais (BI-CSP, 2023b) e, geograficamente, inclui os concelhos de Ovar, Murtosa, Estarreja, Sever do Vouga, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Ílhavo, Águeda, Vagos, Oliveira do Bairro e Anadia, tal como ilustrado na Figura 1 (ACeSBV, 2016).



Figura 1 - Área de Abrangência da USPBV

Fonte: ACeSBV, 2016

Trata-se de uma região com uma densidade populacional de 221,2 habitantes/Km² (Pordata, 2022a). De acordo com a pirâmide etária apresentada na Figura 2, verifica-se que a população abrangida pela USPBV é uma população envelhecida, acompanhando a transição demográfica observada a nível europeu e a nível nacional. A base da pirâmide é mais estreita, resultado da redução das taxas de fecundidade e de natalidade, e o seu topo é mais largo, indicando redução das taxas de mortalidade e aumento da esperança de vida. Observa-se também um predomínio do sexo feminino (208724 indivíduos) em comparação com o sexo masculino (192651 indivíduos) (BI-CSP, 2023b).

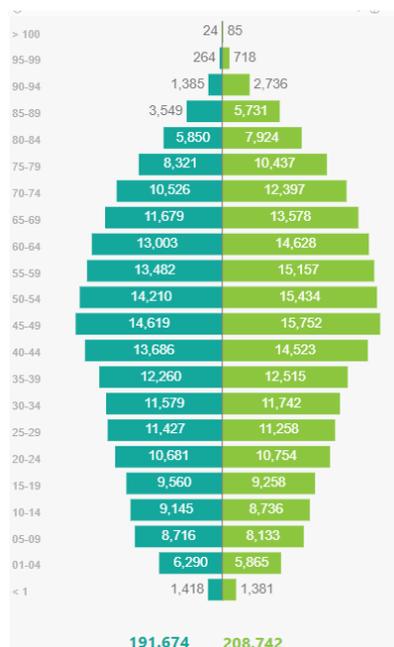


Figura 2 - Pirâmide Etária da População Abrangida pela USPBV.

Fonte: BI-CSP, 2023b

A referida população apresenta uma taxa bruta de mortalidade de 11,2% (Pordata, 2022b), sendo a principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório (25,8%), seguida de tumores malignos (23,0%) e doenças do aparelho respiratório (8,2%) (Pordata, 2021a), indo ao encontro do verificado ao nível da região centro segundo o Perfil Regional de Saúde de 2021 (Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC], 2021).

Por sua vez, a taxa bruta de natalidade encontra-se nos 7,5% (Pordata, 2022c), próxima da taxa nacional (8,0%) (Pordata, 2022c).

Por cada 100 jovens existem 186,9 idosos (65 ou mais anos) (Pordata, 2022d), um aumento de 58,7% desde os Censos da População de 2011. Por conseguinte, o índice de dependência de idosos também aumentou sendo que, por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 37,5 idosos (Pordata, 2022e).

Relativamente à educação, verificou-se uma redução do número total de alunos inscritos até ao ensino secundário, de 66365 em 2011 para 55764 em 2022 (Pordata, 2022f). Por outro lado, o número de alunos inscritos no ensino superior aumentou, de 13450 em 2011 para 15795 em 2022 (Pordata, 2022g).

Para além das 50 unidades funcionais do ACESBV, a comunidade abrangida tem acesso a hospitais públicos de referência e instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Hospitais Públicos de Referência e instituições da RNCCI da área de abrangência da USPBV

Hospitais públicos de referência		
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		
Centro Hospitalar do Baixo Vouga		
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga		
Hospital Distrital de Ovar - Dr. Francisco Zagalo		
RNCCI		
Águeda	Santa Casa da Misericórdia de Águeda	Unidade de Média Duração e Reabilitação/Unidade de Longa Duração e Manutenção
Anadia	Santa Casa da Misericórdia de Anadia	Unidade de Convalescença
Aveiro	Geravi 01A1	Unidade de Convalescença
Estarreja	Centro Paroquial e Social de Santa Marinha de Avanca	Unidade de Longa Duração e Manutenção
Ílhavo	Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo	Unidade de Média Duração e Reabilitação/Unidade de Longa Duração e Manutenção
Oliveira do Bairro	Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro	Unidade de Longa Duração e Manutenção
Ovar	Hospital Dr. Francisco Zagalo	Unidade de Convalescença
Sever do Vouga	Associação Pró Cidadão Deficiente Integrado	Unidade de Média Duração e Reabilitação
Albergaria -a -Velha	Residências Montepio	Unidade de Convalescença/ Unidade de Média Duração e Reabilitação/Unidade de Longa Duração e Manutenção

Fonte: USPBV, 2019

A região de Aveiro conta ainda com 3 hospitais privados (Pordata, 2021b), 110 farmácias (Pordata, 2022h) e um conjunto vasto de instituições de apoio social com resposta a todas as etapas do ciclo vital, indo ao encontro das necessidades da população.

Relativamente aos estabelecimentos de ensino, existem na região de Aveiro 239 estabelecimentos de educação pré-escolar, 150 de 1º ciclo do ensino básico, 40 do 2º ciclo, 50 do 3º ciclo, 31 do ensino secundário (Pordata, 2022i) e 5 do ensino superior (Pordata, 2022j).

- **Recursos Humanos da Unidade de Saúde Pública**

Relativamente à organização da equipa de trabalho, trata-se de uma USP constituída por 13 Médicos Especialistas em Saúde Pública, 15 internos de medicina da especialidade de Saúde Pública, 14 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 11 Técnicos de Saúde Ambiental, 1 Engenheira Sanitária 12 Assistentes Técnicos e 6 profissionais de diferentes áreas que prestam apoio à unidade (USPBV, 2019).

De acordo com o Decreto-Lei 81/2009 de 2 de abril, uma USP, de acordo com as características da população e recursos humanos disponíveis, deve ter como indicação os seguintes rácios: 1 médico com o grau de especialista em saúde pública por cada

25000 habitantes; 1 enfermeiro por cada 30000 habitantes; 1 técnico de saúde ambiental por cada 15000 habitantes. Podem ser aplicados outros rácios ou integrados outros profissionais nas referidas equipas em número adequado à defesa da saúde pública (Assembleia da República, 2009).

A USPBV tem 400416 habitantes para um total de 13 médicos, perfazendo 30801 habitantes por médico aproximadamente, um rácio superior ao recomendado. Quanto à equipa de enfermagem, existem aproximadamente 28601 habitantes por cada enfermeiro, cumprindo as dotações recomendadas. Por cada técnico ambiental existem aproximadamente 36401 habitantes, sendo o número destes profissionais muito abaixo do necessário e recomendado.

- **Programas/Projetos de Intervenção por Área Funcional da Unidade de Saúde Pública**

Os programas e projetos visam a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo todas as etapas do ciclo vital, dando cumprimento aos programas e orientações nacionais.

Assim, são desenvolvidos vários programas/projetos, em articulação com as várias unidades funcionais do ACeSBV e parceiros, de acordo com o constante no ANEXO I.

Para a USPBV, a qualidade em saúde é considerada um requisito para todos os envolvidos, incluindo a participação ativa das comunidades nos processos de tomada de decisão (USPBV, 2019).

1.1.1 Polo de Oliveira do Bairro

Tal como referido anteriormente, a USPBV divide-se em 11 polos e, sendo que o estágio decorreu no concelho de Oliveira do Bairro, torna-se pertinente a caracterização geodemográfica do município e a abordagem aos recursos comunitários existentes. No que concerne aos dados demográficos é fundamental a sua comparação com a região de Aveiro.

Oliveira do Bairro é um dos 11 concelhos pertencente à região de Aveiro, situa-se na região centro de Portugal continental, apresentando 86 Km² de área (Câmara Municipal de Oliveira do Bairro, 2023).

De acordo com o resultado dos últimos Censos (2021), o Município de Oliveira do Bairro possui 23132 habitantes, verificando-se um ligeiro aumento comparativamente aos Censos de 2011 (Pordata, 2021c). Apresenta uma densidade populacional de 274,4 indivíduos por km² (Pordata, 2022a) e, é composto por 4 freguesias (Figura 3): Oliveira do Bairro, Oiã, Palhaça e União de Freguesias de Bustos, Troviscal e Mamarrosa (Câmara Municipal de Oliveira do Bairro, 2023).



Figura 3 - Freguesias do Município de Oliveira do Bairro
Fonte: Câmara Municipal de Oliveira do Bairro, 2023

Relativamente à população residente, esta é uma comunidade envelhecida. Predominam os grupos etários dos 25 aos 64 anos e dos 65 e mais anos, seguindo a tendência regional e nacional (Pordata, 2022k).

Trata-se de uma população com uma taxa bruta de mortalidade de 11,4% (Pordata, 2022b), em que a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (27,6%), seguida de tumores malignos (19,0%) e doenças do aparelho respiratório (7,5%) assemelhando-se, assim, às percentagens da região de Aveiro (Pordata, 2021a).

Por sua vez, a taxa bruta de natalidade encontra-se nos 7,3%, inferior à taxa regional (7,5%) e nacional (8,0%) (Pordata, 2022c).

O índice de envelhecimento situa-se nos 169,7 (Pordata, 2022d), registando-se um incremento de 38,6% em 10 anos. A tendência é viver-se mais anos e esse fenómeno também se verifica na zona centro. Nesta região a esperança média de vida à nascença já ronda os 81,0 anos, um aumento consecutivo que se vem a observar desde 2001 (Pordata, 2020). Por conseguinte, o índice de dependência de idosos também aumenta sendo que, por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 37,5 idosos (Pordata, 2022e). O aumento da população idosa e a diminuição da população ativa pressupõe gastos por parte dos programas assistenciais devido à sua vulnerabilidade.

Assim, o concelho de Oliveira do Bairro tem acompanhado a transição demográfica verificada a nível regional, nacional e europeu, observando-se uma diminuição da natalidade, mortalidade e um aumento da esperança média de vida.

Relativamente à educação, verificou-se uma redução do número total de alunos inscritos até ao ensino secundário, de 3978 em 2011 para 3357 em 2022 (Pordata, 2022f).

Em relação aos recursos físicos na área da saúde do Município de Oliveira do Bairro, estes compreendem instituições públicas e privadas. Verifica-se a existência de 1 CS na freguesia de Oliveira do Bairro onde exerce funções um dos polos da USPBV e onde estão sediadas a UCC Cubo Mágico e a USF Vale do Cértima. A UCC Cubo Mágico

tem 10 vagas de ECCI. A USF Vale do Cértima conta, ainda, com um polo de assistência na freguesia do Troviscal. A freguesia de Oiã possui a USF Flor d'Areosa sendo que esta usufrui de um polo de assistência na Unidade de Saúde da Palhaça (BI-CSP, 2023b). O município apresenta, também, 1 hospital privado (Pordata, 2021b) e 7 farmácias (Pordata, 2022h).

O Município de Oliveira do Bairro possui: 9 Estruturas Residenciais para Idosos; 6 Centros de Dia; e 6 instituições que têm a valência de apoio domiciliário (Carta Social, 2023); 1 Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção (ARSC, 2023); 2 Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), 2 lares residenciais e 2 residências de Autonomização e Inclusão para pessoas adultas com deficiência (Carta Social, 2023).

No que respeita ao apoio a famílias e comunidades, o concelho dispõe de serviço de ajuda alimentar a carenciados e 1 centro comunitário (Carta Social, 2023).

Em relação aos recursos de apoio à infância e juventude, dispõe de 1 Casa de Acolhimento para Resposta a Situações de Emergência e 6 Centros de Atividades de Tempos Livres (Carta Social, 2023).

Relativamente aos recursos educacionais, o Município de Oliveira do Bairro conta com 8 creches, 17 estabelecimentos de educação pré-escolar, 9 do 1º ciclo do ensino básico, 2 do 2º ciclo do ensino básico, 2 do 3º ciclo do ensino básico e 2 do ensino secundário (Pordata, 2022i). No total, o município conta com 3357 crianças/jovens matriculados, 656 na educação pré-escolar, 885 no 1º ciclo do ensino básico, 506 no 2º ciclo do ensino básico, 729 no 3º ciclo do ensino básico e 581 no ensino secundário (Pordata, 2022f).

- **Recursos Físicos e Humanos**

A USPBV em Oliveira do Bairro ocupa o edifício principal do CS de Oliveira do Bairro, partilhando espaço físico com a UCC Cubo Mágico.

A equipa de trabalho é composta por 1 Médica Especialista em Saúde Pública que desempenha a função de coordenação da USPBV, 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, coordenadora do departamento de enfermagem da USPBV, 1 Técnico de Saúde Ambiental e 1 Assistente Técnica (USPBV, 2019).

- **Rede de Parceiros**

A USPBV tem como parceiros dentro do ACES a URAP, as UCC, as USF e UCSP.

Ao nível da comunidade, a USPBV realiza parceria com: Polícia de Segurança Pública/Guarda Nacional Republicana, Proteção Civil, autarquia, Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), escolas do parque escolar de abrangência, Organizações Não Governamentais e organizações empresariais do concelho de Oliveira do Bairro (USPBV, 2019).

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCCNM encontra-se localizada no Município de Coimbra e iniciou as suas funções a 29 de outubro de 2014, após reorganização dos CSP (UCCNM, 2021).

A cidade de Coimbra situa-se na região centro de Portugal continental e abrange uma área de 319,4 Km². É sede de um dos 17 municípios do distrito de Coimbra (Figura 4) sendo, inclusive, a capital do distrito (Câmara Municipal de Coimbra, 2022).



Figura 4 – Municípios do distrito de Coimbra.

Fonte: Câmara Municipal de Coimbra, 2022.

De acordo com o resultado dos Censos de 2021, o Município de Coimbra possui 140816 habitantes, verificando-se uma diminuição relativamente aos Censos de 2011 (Pordata, 2021c). Apresenta uma densidade populacional de 444,8 indivíduos por km² (Pordata, 2022a) e, é composto por 18 freguesias (Figura 5) (Câmara Municipal de Coimbra, 2022).



Figura 5 - Freguesias do Município de Coimbra.

Fonte: Câmara Municipal de Coimbra, 2022

Trata-se de uma população com uma taxa bruta de mortalidade de 11,5% (Pordata, 2022b), em que a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório (23,6%), seguida de tumores malignos (22,8 %) (Pordata, 2021a). Por sua vez, a taxa bruta de natalidade encontra-se nos 7,3% (Pordata, 2022c).

Por cada 100 jovens existem 216,5 idosos (65 ou mais anos) (Pordata, 2022d), um aumento contínuo desde 2001. Assim, vive-se mais anos e a esperança média de vida aumenta, seguindo a tendência da região centro (Pordata, 2020). Consequentemente, o índice de dependência de idosos também aumenta sendo que, por cada 100 indivíduos em idade ativa existem 41,3 idosos (Pordata, 2022e). Assim, importa referir que em 2021, no município de Coimbra, existiam 67677 indivíduos em idade ativa, verificando-se uma diminuição em relação a 2011 em que existiam 70775 (Pordata, 2021d).

Relativamente aos recursos físicos na área da saúde do Município de Coimbra, estes compreendem instituições públicas e privadas. Verifica-se a existência de 15 hospitais, dos quais 10 pertencem ao setor público e 5 ao setor privado (Pordata, 2021b), 49 farmácias (Pordata, 2022h), e 6 CS.

Na sequência do processo de transição demográfica observa-se um decréscimo populacional. Verifica-se uma escassez de população em idade ativa e um aumento cada vez maior da população idosa dependente a nível local e nacional. Neste sentido, de modo a responder ao envelhecimento crescente da população o Município de Coimbra possui: 26 Estruturas Residenciais para Idosos; 34 Centros de Dia; e 46 instituições que têm a valência de apoio domiciliário (Carta Social, 2023).

Relativamente à RNCCI, no Município de Coimbra, estão situadas 2 Unidades de Convalescença, 4 unidades de média duração e reabilitação e 5 unidades de longa duração e manutenção (ARSC, 2023).

Relativamente a pessoas adultas com deficiência, o concelho de Coimbra conta com 3 Centros de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação, 4 CACI, 5 lares residenciais, 1 residência autónoma e 2 instituições que prestam serviço domiciliário (Carta Social, 2023).

No que concerne a apoio a famílias e comunidades, o município disponibiliza 6 instituições com serviço de ajuda alimentar a carenciados, 2 apartamentos de reinserção social, 2 equipas de apoio/acompanhamento social, 2 Centros de Atendimento/Acompanhamento Psicossocial (Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH])/SIDA, 3 centros comunitários, 4 Centros de Alojamento Temporário, 1 centro de

Apoio à Vida, 4 comunidades de inserção, 3 equipas de intervenção direta, 1 grupo de autoajuda e 2 refeitórios/cantina social (Carta Social, 2022).

No que respeita ao apoio à infância e juventude o Município de Coimbra dispõe de 7 Casas de Acolhimento, 4 Casas de Acolhimento para Resposta a Situações de Emergência, 2 Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, 123 Centros de Atividades de Tempos Livres, 2 equipamentos de Intervenção Precoce e 1 Lar de Apoio (Carta Social, 2023).

Quanto aos recursos educacionais, o Município de Coimbra conta com 79 instituições de educação pré-escolar, 67 escolas do 1º ciclo do ensino básico, 17 do 2º ciclo do ensino básico, 21 do 3º ciclo do ensino básico e 15 do ensino secundário (Pordata, 2022i). No que diz respeito ao ensino superior, o município possui 18 instituições (Pordata, 2022j). Tem-se verificado uma redução do número total de alunos inscritos até ao ensino secundário, de 26917 em 2011 para 23394 em 2022 (Pordata, 2022f). Já o número de alunos inscritos no ensino superior sofreu um ligeiro aumento, de 37082 em 2011 para 37694 em 2022 (Pordata, 2022g).

O Município de Coimbra encontra-se na zona de abrangência da ARSC sendo que, esta entidade engloba 9 ACeS: Baixo Mondego, Baixo Vouga, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Dão e Lafões, Guarda, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul e Pinhal Litoral (BI-CSP, 2023c).

Por sua vez, o Município de Coimbra é abrangido pelo ACeSBM que abarca 392477 utentes inscritos, divididos por 50 unidades funcionais (BI-CSP, 2023c) (USP, URAP, UCC e USF) que desenvolvem as suas funções nos CS que incorpora, individualizadas pela sua missão, localização e designação e, possui a sua sede na cidade de Coimbra (BI-CSP, 2023c).

A área geográfica do ACeSBM inclui os concelhos de Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova, Soure, integrando os CS de Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure (BI-CSP, 2023c).

Relativamente aos CS, pertencem ao Município de Coimbra o CS de Norton de Matos (CSNM), CS de São Martinho, CS de Celas, CS de Fernão de Magalhães, CS de Santa Clara e CS de Eiras (BI-CSP, 2023c).

No ACeSBM operam Serviços de Apoio sob subordinação do Diretor Executivo, como a UAG, com departamento de Recursos Humanos, Gestão Financeira e Contabilidade,

Serviços Gerais e Aprovisionamento e Sistemas de Informação, o Gabinete do Cidadão e a ECL no âmbito da RNCCI, com duas equipas (BI-CSP, 2023d).

A UCCNM desenvolve as suas funções na sede do CSNM. Este é constituído fisicamente pela UCC em questão e três USF (USF Norton de Matos, USF Briosa e USF Pulsar) (BI-CSP, 2023d).

Como missão, a UCCNM reporta-se ao disposto no artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que regula a organização e o funcionamento destas unidades funcionais, comprometendo-se a

prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2008, p.1184).

Relativamente à visão, esta unidade funcional salvaguarda a importância da melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços prestados como elementos cruciais alcançados, através de um esforço para superar os padrões de qualidade estandardizados pelas diferentes ordens profissionais, aspirando a ser uma referência na área dos CSP, a nível regional, revelada pela satisfação dos utentes e dos profissionais (UCCNM, 2021).

No que concerne aos valores pelos quais se rege a conduta da UCC é de referir:

respeito pelo Direito Humano a uma saúde prestada com Honestidade e Qualidade, Respeito pela individualidade, Igualdade de Direitos, Direito à Saúde em tempo útil, Responsabilidade e Confiança entre os seus elementos e a Comunidade, Responsabilidade Partilhada na tomada de decisões, Espírito de Equipa, Dedicção, Disponibilidade e Transparência (UCCNM, 2021, p. 8).

A UCCNM serve utentes da zona sul da freguesia de Santo António dos Olivais, Torres do Mondego e Ceira, representadas a azul na Figura 6, abrangendo, no total, 23473 utentes (BI-CSP, 2023d). A grande maioria dos utentes pertencem à freguesia de Santo António dos Olivais (78,83%), seguindo-se a freguesia de Ceira (13,67%) e, por fim, freguesia de Torres do Mondego (8,50%) (BI-CSP, 2023d).



Figura 6 - Área de Abrangência da UCCNM.

Fonte: UCCNM, 2021

Através da análise da pirâmide etária apresentada (Figura 7) pode verificar-se que a comunidade abrangida pela UCCNM é uma população envelhecida, indo ao encontro do panorama nacional, da região e do município de Coimbra.

Verifica-se um predomínio do sexo feminino, com ênfase na faixa etária dos 60-64 anos sendo que a esperança média de vida também é superior.

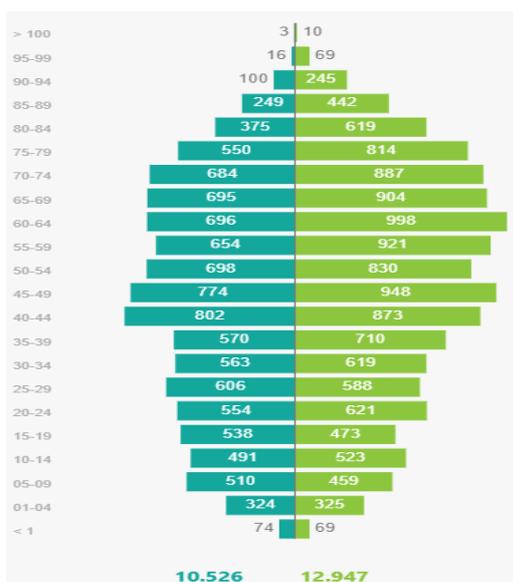


Figura 7 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCCNM.

Fonte: BI-CSP, 2023d

- **Recursos Físicos e Humanos da Unidade de Cuidados na Comunidade**

Trata-se de uma UCC constituída por 5 enfermeiros especialistas (2 de Enfermagem de Reabilitação, 1 de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 de Enfermagem Comunitária e 1 de Saúde Materna e Obstétrica) que desempenham funções a tempo inteiro. Existem profissionais que colaboram com a UCC, a tempo parcial, e que pertencem ao CSNM e à URAP: 2 médicas, 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 assistente técnica (UCCNM, 2021).

De acordo com o Regulamento 743/2019 de 25 de setembro da OE (2019):

as Unidades de Cuidados na Comunidade são constituídas no rácio de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente, enfermeiro especialista, dependendo das características geodemográficas e sociais da população, do número e tipologia de projetos e das horas necessárias para os programar, implementar e avaliar resultados. Cada UCC integra, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, preferencialmente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (p.133).

Tendo por base o número de utentes abrangidos pela UCCNM, é possível dizer que o número de enfermeiros a exercer funções na UCC cumpre o rácio recomendado, sendo que por cada enfermeiro existem aproximadamente 4749 utentes. Porém tendo por base as características da população abrangida e, pelo que foi observado em contexto de estágio, as necessidades de recursos humanos são superiores.

Em termos de espaço físico, a UCCNM abrange o módulo 7 do CS, um gabinete no módulo 2 reservado ao “Cantinho da Amamentação” e, pontualmente a equipa tem acesso a salas comuns, nomeadamente ao gabinete de saúde infantil e de prestação de cuidados. No módulo 7 existe o gabinete da coordenação, dois ginásios onde decorrem as atividades de reabilitação e preparação para o parto, gabinete de enfermagem, gabinete da consulta de cessação tabágica e atendimento ao jovem e, no 1º andar, um gabinete onde decorre o projeto do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância e onde se reúne a ECL e a equipa de Saúde Escolar. Possui um armazém de consumíveis, acesso à biblioteca e aos dois salões de reuniões do CS. O espaço da biblioteca e salas de reuniões é partilhado com as restantes unidades funcionais e é utilizado pela UCC para a realização de alguns projetos, nomeadamente, Envelhecimento Ativo e reuniões de serviço (UCCNM, 2021).

- **Rede de Parceiros**

Relativamente à rede de parceiros da UCCNM, esta conta com um vasto leque de parcerias abrangendo diversas áreas de intervenção na comunidade, nomeadamente forças de segurança, Câmara Municipal de Coimbra, juntas de freguesia das localidades da área de abrangência da UCC, agrupamentos de escolas do parque escolar, entidades do ensino superior (politécnico e universitário), prestadores de cuidados de saúde hospitalares, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações e órgãos de comunicação social (UCCNM, 2021).

- **Projetos de Intervenção Comunitária e Melhoria Contínua da Qualidade**

A carteira de serviços da UCCNM é contratualizada com o ACeSBM e a ARSC, englobando programas e projetos de intervenção comunitária para promoção da saúde, prevenção de doença e proteção da comunidade. Estes são delineados tendo em consideração a realidade social e de saúde da área de abrangência da UCC.

De acordo com artigo 9º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os projetos de intervenção comunitária são operacionalizados de forma a abranger pessoas, famílias e grupos em situações de maior vulnerabilidade nomeadamente, exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências e violência/negligência (Assembleia da República, 2008). Os programas e projetos atuam no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo todas as etapas do ciclo vital, dando cumprimento aos Programas Nacionais de Saúde Prioritários, abrangendo cinco grandes áreas: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar, Saúde do Adulto e Idoso e Saúde Mental e Psiquiátrica. Verifica-se um maior número de projetos vocacionados para a comunidade adulta/idosa, indo ao encontro das características da população abrangida pela UCCNM.

Assim, foram desenvolvidos vários programas/projetos, bem como a constituição da ECCI, em articulação com unidades funcionais do ACeSBM e parceiros, de acordo com o constante no ANEXO II.

Devido à pandemia por COVID-19, a maioria dos projetos foram interrompidos, nomeadamente as atividades relacionadas com o PNSE (2015), dado que houve necessidade de direcionar os recursos existentes. Atualmente, com a estabilização da situação pandémica as atividades estão a ser retomadas.

Para a UCCNM, a qualidade em saúde é considerada um requisito para todos os envolvidos nos cuidados, incluindo a participação ativa dos utentes e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão (UCCNM, 2021).

No que respeita à melhoria contínua da qualidade, é de considerar que a UCCNM foi certificada pela Sociedade Geral de Superintendência (SGS) até 2017, sendo esta a entidade responsável pelos sistemas de gestão da qualidade. Esta certificação significava que os processos, sistemas e serviços sofreram validação através das auditorias externas da SGS e que se encontravam em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais. Porém, a partir de 2018 a ARSC não aprovou essa certificação e esta terá de ser concedida pela DGS, tal como se verifica nas USF, pelo que se aguarda o processo de acreditação até ao momento (UCCNM, 2021).

Todavia, a UCCNM tem por base as orientações nacionais e internacionais nomeadamente, no que respeita à promoção, apoio e proteção do aleitamento materno,

existindo um Manual de Boas Práticas em Aleitamento Materno e a Política de Aleitamento elaborada pela Comissão de Aleitamento Materno do ACeSBM. A UCCNM assume, ainda, a defesa e operacionalização do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (UCCNM, 2021).

CAPÍTULO 2 - INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O seio familiar é fundamental para o crescimento das crianças e, segundo Magalhães (2005), os maus-tratos intrafamiliares são aqueles que mais graves consequências têm para as crianças e jovens, dado que se verifica uma quebra de confiança irrecuperável e uma relevante perda de segurança, o que constitui uma ameaça para a sua saúde e desenvolvimento.

Podem verificar-se consequências a curto, médio ou longo prazo, tanto ao nível do bem-estar físico, psicológico/emocional, comportamental, sexual, reprodutivo ou social da criança ou jovem, podendo os efeitos persistir nas fases seguintes do ciclo de vida. A violência doméstica perpetrada na criança é, também, muitas das vezes causa do absentismo escolar e comportamentos agressivos, antissociais, autodestrutivos e destrutivos interpessoais (República Portuguesa - XXII Governo Constitucional, 2020).

Também Beckmann (2019) refere que a família tem sido frequentemente identificada como determinante crítico no comportamento agressivo das crianças e jovens, sendo a violência física de pais para filhos e a violência entre parceiros íntimos dois dos fatores de risco de agressão mais estudados.

Desta forma, importa definir o conceito de família e o seu papel que, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, “é um conjunto de pessoas visto como uma unidade social ou um todo coletivo, constituída por membros ligados por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p.65).

O conceito de família pode ser variável, dependendo de diversos aspetos como a história individual e familiar, vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso. As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos fazem surgir uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição.

Wright e Leahey (2009), defendem mesmo que “(...) família é quem os seus membros dizem que são” (p.50).

Seja qual for o tipo de família que encontremos “todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais” (Relvas, 2004, p.14), sendo um espaço de suporte à vida e à saúde dos seus elementos (Figueiredo, 2009).

De acordo com Stanhope e Lancaster (1999) a família tem como funções: gerar afeto, promover segurança e aceitação pessoal, proporcionar satisfação e sentimento de utilidade, assegurar continuidade das relações, proporcionar estabilidade e socialização, impor autoridade e sentimento do que é correto.

Porém, como referido,

o ambiente familiar pode, por vezes, representar um lugar violento, pelo que (...) é fundamental conhecer as expressões da problemática, os procedimentos e os recursos que permitam zelar e promover o bem-estar, a qualidade de vida e a segurança das crianças ou jovens vítimas de violência doméstica (República Portuguesa - XXII Governo Constitucional, 2020, p.5).

Apesar da multiplicidade de definições de maus-tratos infantis, a OMS define este conceito como:

(...) todas as formas de mau tratamento físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou comércio ou outra exploração, resultando em ofensa atual ou potencial para a saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006, p.9).

Para a DGS (2011), maus-tratos a crianças são “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011, pp.6-10).

No sentido de uniformização internacional a OMS (2006) tipificou os maus-tratos em 4 categorias: maus-tratos físicos, sexuais, emocionais e psicológicos, e negligência. Em Portugal, a DGS considera, ainda, o Síndrome de Munchausen por Procuração uma tipologia de maus-tratos infantis (DGS, 2011).

Consoante o grau de severidade, os maus-tratos classificam-se como ligeiros, moderados ou graves, contudo, quando existe perigo iminente para a vida ou integridade física da criança/jovem considera-se que é uma situação de urgência e que, qualquer entidade ou profissional de saúde deve tomar as medidas adequadas para “assegurar a proteção imediata da criança ou jovem, solicitando a intervenção do

Tribunal ou das entidades policiais, de acordo com o artigo 91º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo” (DGS, 2011, pp.19-23).

Segundo o Despacho nº 31292/2008 de 5 de dezembro, existe distinção entre crianças/jovens em risco e perigo. O conceito de risco de ocorrência de maus-tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que as situações consideradas de perigo (Ministério da Saúde, 2008). “As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo” (Ministério da Saúde, 2008, p.49210). Nas situações de risco, a legitimidade da intervenção resume-se aos esforços para evitar a sua evolução para o perigo, “através de políticas, estratégias e ações integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade” (Ministério da Saúde, 2008, p.49211), nas quais se inserem os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). É a diferença entre situações de risco e de perigo que determina os três níveis de intervenção existentes, que serão especificados adiante.

Estes núcleos integram-se nos CSP e regem-se pelo despacho acima referido. Cada NACJR é composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde das áreas de saúde mental e/ou do serviço social sendo que, em cada ACeS deve existir, pelo menos, um NACJR inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respetiva organização e, sempre que se justificar poderão existir mais núcleos no mesmo ACeS, cumprindo um rácio de 500 nascimentos/ano na área de influência do ACeS (Ministério da Saúde, 2008).

O atual sistema de proteção de crianças e jovens (CPCJ, tribunais) intervém, essencialmente, nas situações de perigo para a segurança, saúde, formação, educação e ou desenvolvimento da criança ou jovem (Ministério da Saúde, 2008). De acordo com a Lei n.º 147/99 de 1 de setembro, os NACJR têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo - após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o chamado princípio da subsidiariedade (Assembleia da República, 1999).

Deste modo, uma criança encontra-se em risco numa das seguintes situações, dependendo se fatores associados a si, ou ao progenitor/cuidador, conforme Tabela 2:

Tabela 2 - Fatores de Risco para a ocorrência de maus-tratos em crianças/jovens.

Progenitor/a ou cuidador/a	Criança
Alta reatividade ao stress ou baixa tolerância à frustração	“Nascimento prematuro ou baixo peso (probabilidade de condição de saúde mais frágil, menor responsividade a estímulos, maior dificuldade em acalmar)
Baixa autoestima e fraca empatia; Depressão, doença mental ou consumo de substâncias	Deficiência sensorial, intelectual, física e ou doença mental
Baixo nível de competências para lidar com a criança	Doença crónica
História prévia de maus-tratos na infância e juventude	Perturbações do desenvolvimento
Dificuldades na interação com a criança	
Isolamento social	
Expectativas irrealistas em relação ao desenvolvimento da criança	

Fonte: Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), 2018, p. 23-24.

De acordo com o Despacho nº 31292 de 2008, existem 3 níveis de intervenção (Figura 8): no primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude como a saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, para intervir na promoção dos direitos e na proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo; no segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma apropriada e suficiente para remover o perigo, recorre-se à ação das CPCJ, nas quais existem um representante da área da saúde; no terceiro nível pressupõe a intervenção judicial (Ministério da Saúde, 2008).



Figura 8 - Intervenção Subsidiária do Perigo.

Fonte: Comissão Nacional da Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJC), 2022

Assim, de acordo com a DGS (2011) é importante estar-se desperto para os sinais de alarme na criança que se referem à probabilidade de acontecerem maus-tratos, delineando precocemente intervenções detalhadas e protetoras. O Guia Prático de

Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos maus-tratos a crianças e jovens da DGS (DGS, 2011) apresenta uma sequência de atuação que permite sustentar decisões e intervenções quando se detetam fatores de risco e de agravamento/crises de vida - “eventos ou circunstâncias na vida da criança ou jovem, família ou cuidadores/as que alteram a dinâmica entre os fatores de risco e os fatores de proteção e podem precipitar a ocorrência de maus-tratos” (ANIP, 2018, p.24).

Os sinais de alerta poderão ser comportamentais e relacionais, como alterações de comportamento e padrão alimentar, perturbações de desenvolvimento e sociais, consumo de álcool ou drogas, comportamentos desviantes, pensamentos de suicídio, apatia ou dificuldades de expressão de emoções, défices de atenção, concentração ou memória, baixa autoestima e falta de confiança, e absentismo escolar. Também podem ser de natureza física, como “dores constantes sem justificação, traumatismos e equimoses, cansaço, cuidados de higiene deficitários”, entre outros (República Portuguesa - XXII Governo Constitucional, 2020, pp.21-22).

É importante também identificar os fatores de proteção (Tabela 3) que podem fornecer suporte e potencializar o desenvolvimento individual e social, assim como anular ou minimizar as consequências dos fatores de risco.

Tabela 3 - Fatores de proteção em situações de maus-tratos a crianças/jovens.

Criança	Familiares e/ou contextos de vida
Bom nível de desenvolvimento global	Boa rede de suporte familiar e social
Temperamento adequado à sua faixa etária	Capacidade de recorrer aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação e saúde);
Vinculação segura à família ou adulto de referência	Família funcional, com regras e supervisão;
Capacidade de resolução de problemas/ pedir ajuda quando necessário	Boa integração comunitária
Sucesso escolar	
Desejo de autonomia e comportamento exploratório	
Boas competências sócias emocionais	

Fonte: ANIP, 2018, p.24.

Desta forma, a ação dos serviços de saúde, para além da deteção de contextos e fatores de risco, do reforço de fatores protetores e da intervenção precoce, desenvolve-se também no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo (Ministério da Saúde, 2008). É, assim, imperativo que os profissionais de saúde promovam estratégias que permitam desenvolver atividades com vista à proteção da infância.

Segundo Beckmann (2019), as escolas podem assumir-se como um meio privilegiado para a recuperação de fatores de stress vividos na família, contudo os estudos são insuficientes nesta área.

Sendo a escola o local onde a criança passa uma grande parte do seu tempo, onde não está na presença de familiares e onde estabelece relações com os seus pares, esta constitui-se como um local de eleição para a deteção precoce de sinais de maus-tratos. Os profissionais que com elas interagem devem estar despertos para a sua deteção e conhecer os procedimentos adequados para a sua referenciação.

Os enfermeiros têm uma responsabilidade acrescida na deteção e sinalização de crianças em risco ou perigo (DGS, 2011). Não obstante, estes profissionais são os mais bem capacitados para promover a saúde e, conseqüentemente apoiar o processo de promoção da saúde em meio escolar, empoderando a comunidade escolar.

De acordo com a OE (2018),

o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, participando, com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária, dirigida a grupos com maior vulnerabilidade (p.19356).

Grupos estes onde se integram as famílias em situação de violência. Contempla também a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), que alinha com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas para 2030.

O PNS 2030 menciona que em 2017 Portugal teve mau desempenho em alguns ODS diretamente relacionados com a saúde, entre os quais a mortalidade causada por lesões autoprovocadas e prevalência de violência sexual entre os 18 e os 29 anos (Ministério da Saúde, 2022). Estes dados demonstram claramente a importância do desenvolvimento e implementação de programas que previnam o fenómeno da violência, o mais precocemente possível, sendo a escola um local estratégico.

Os ODS que estão relacionados com esta problemática são o ODS 5 (“Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas”), detalhando o ponto 5.2 - “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos” e o ODS 16 (“Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis”), concretizado no ponto 16.1 - “Reduzir

significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionadas, em todos os lugares” (Ministério da Saúde, 2022, p.17).

Considero, assim, que o desenvolvimento deste projeto de intervenção se traduzirá em ganhos em saúde, na medida em que pretende constituir-se como contributo para atingir os ODS anteriormente referidos, bem como os objetivos do PNS.

De acordo com o Despacho n.º 10143/2009, que regula a organização e o funcionamento da UCC, estas unidades têm como missão e atribuições

prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2009, p.15438).

A abordagem da problemática da violência familiar de forma adequada exige uma intervenção complexa, multidisciplinar e multissetorial (Pimentel et al., 2012), tendo as UCC como dois dos princípios orientadores, constantes no artigo 4.º do referido despacho, a articulação com as outras unidades funcionais do ACeS e a parceria com estruturas da comunidade local. No Artigo 9.º do despacho nº10143/2009, no qual é definida a carteira de serviços de uma UCC, fica clara a competência desta unidade funcional para a intervenção nesta problemática, uma vez que lhes compete desenvolver:

projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência; acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; participar nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na CPCJ (Ministério da Saúde, 2009, p.15440).

Fica desta forma claro que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a exercer funções numa UCC, desenvolver projetos de intervenção no âmbito dos maus-tratos infantis, promovendo a proteção da infância. Porém, a proteção das crianças é uma responsabilidade e obrigação de toda a sociedade. Assim, qualquer pessoa que tenha conhecimento de uma criança numa situação de perigo, deve comunicá-la à CPCJ territorialmente competente. As entidades com competência em matéria de infância também devem comunicar à respetiva CPCJ, sempre e quando não lhes seja possível atuar de forma adequada e suficiente a remover

o perigo em que se encontram. (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens [CNPDPJC], 2021, p. 40).

Em Portugal as entidades que mais situações de perigo comunicam são: forças de segurança, com 16261 (37,75%) situações reportadas, seguidas das escolas com 9084 (21,09%), anónimos 4012 (9,31%), o Ministério Público 3246 (7,54%), os estabelecimentos de saúde 2052 (4,76%), e pais/mãe/pai 2045 (4,75%) (CNPDPJC, 2022).

Segundo o Relatório Anual da Atividade das CPCJ de 2021, publicado em junho de 2022, foram desenvolvidos, em 2021, a nível nacional, 73241 processos de promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens, sendo que 31143 (42,53%) transitaram de 2020 e 42098 (57,48%) iniciaram-se em 2021 (CNPDPJC, 2022). Ainda, segundo o mesmo documento, em 2021 foram comunicadas 45132 situações de perigo e, em 2020, 41337, o que representa um aumento de 3795 sinalizações. Porém, em 2019 o número de sinalizações de perigo era de 43796, verificando-se um decréscimo de 2019 para 2020 (CNPDPJC, 2022).

As situações comunicadas dizem maioritariamente respeito a violência doméstica, 13782 situações (30,54%), negligência 12946 (28,68%), comportamentos de perigo na infância e juventude 7091 (15,71%), direito à educação 6445 (14,28%), maus-tratos físicos 2026 (4,49%), maus-tratos psicológicos 1371 (3,04%), abuso sexual 919 (2,04%), abandono 476 (1,05%) e exploração infantil 76 (0,17%) (CNPDPJC, 2022).

A tipologia violência doméstica engloba as situações de exposição a violência doméstica e a ofensa física, que representam aproximadamente 97,00% do total de situações de perigo comunicadas nesta categoria. Do mesmo modo, no que se refere à negligência, as situações de perigo mais comunicadas são a exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança (23,00%) e a falta de supervisão e acompanhamento familiar (22,70%) (CNPDPJC, 2022).

Relativamente às comunicações de perigo por faixa etária da criança/jovem, verifica-se uma maior expressividade no grupo etário dos 11 aos 14 anos (26,20%), verificando-se um aumento relativamente a 2020. A faixa etária dos 0 aos 5 anos é o segundo mais representado (23,80%), seguindo-se o escalão etário dos 15 aos 17 anos (23,20%), sendo este o que apresentou maior aumento relativamente a 2020, com um aumento de 14,40% (CNPDPJC, 2022).

Continua a verificar-se a tendência de maior taxa de prevalência de comunicações relativas a crianças/jovens do sexo masculino em todos os escalões etários (54,00%), comparativamente ao sexo feminino (46,00%) (CNPDPJC, 2022).

Relativamente à distribuição geográfica nacional das comunicações de crianças/jovens em perigo, a nível continental verifica-se uma maior taxa de incidência (5,22%) na região do Algarve, seguida da região do Alentejo (5,14%). Nas CPCJ da região de Lisboa, Santarém e Setúbal, registou-se uma taxa de incidência de 4,34%. As Regiões do Norte e Centro indicam uma taxa de incidência semelhante, com 3,66% e 3,77%, respetivamente (CNPDPJC, 2022).

No que concerne às regiões autónomas, destaca-se a Região Autónoma dos Açores com uma taxa de incidência de 5,71%, enquanto a Região Autónoma da Madeira apresenta 3,15% (CNPDPJC, 2022).

Assim, e tendo em conta a incidência nacional, verifica-se que as regiões sul de Portugal continental e a região Autónoma dos Açores possuem uma incidência acima da média nacional, com principal enfoque para as regiões do Alentejo, Algarve e Açores (CNPDPJC, 2022).

Ao nível do Município de Coimbra, de acordo com o Relatório Anual da Atividade da CPCJ de Coimbra de 2021, o volume processual anual foi de 592 processos sendo que, em comparação com o ano anterior, o número de processos diminuiu, menos 61 processos (CPCJ de Coimbra, 2022). Esta diminuição já se verifica há dois anos, indo ao encontro da tendência nacional nos anos de 2019 e 2020 (CPCJ de Coimbra, 2022).

Do total de processos, o mesmo relatório refere que 152 transitaram para o ano de 2022, sendo este o número de processos ativos na CPCJ de Coimbra a 1 de janeiro de 2022 (CPCJ de Coimbra, 2022). 463 destes processos foram instaurados, seguindo com Acordo de Promoção e Proteção com os pais ou tutores da criança/jovem (CPCJ de Coimbra, 2022).

Ainda, em 2021, foram reabertos 68 processos e 551 deram saída (tribunal, arquivo ou destruição por criança/jovem completar 18 anos de idade) (CPCJ de Coimbra, 2022).

As três faixas etárias mais sinalizadas foram, por ordem decrescente: 11 aos 14 anos, seguida do grupo etário dos 15 aos 17 e, dos 0 aos 2 anos. No ano de 2020, as faixas etárias mais sinalizadas estavam igualmente compreendidas entre os 11 e os 17 anos, seguidas das faixas etárias dos 6 aos 8 e dos 3 aos 5 anos (CPCJ de Coimbra, 2022).

Segundo o mesmo relatório, as tipologias de situação de perigo mais sinalizadas em 2021 referem-se a:

- Exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança/jovem: 298 sinalizações em 2021, mais 42 do que em 2020 e mais 92 que em 2019, verificando-se um crescimento ao longo dos

últimos 3 anos. Nesta problemática, destaca-se a exposição a Violência Doméstica com 172 sinalizações, sendo que em 2020 tinha sido 143;

- Negligência: 122, assemelhando-se ao valor de 2020 (123);
- Criança/jovem que assume comportamentos que afetam o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais se oponham de forma adequada: 104, mais 15 que no ano anterior, sendo que os pais continuam a comunicar situações de perigo dos seus filhos, sobretudo adolescentes.

Em 2021 foram comunicadas à CPCJ de Coimbra 644 situações de perigo. Das entidades que mais comunicam situações à CPCJ de Coimbra, o relatório anual da CPCJ de Coimbra de 2021, destaca as autoridades policiais 205 (31,83%), à semelhança do panorama nacional, seguidas de anónimos 108 (16,77%), estabelecimentos de ensino 77 (11,96%), Ministério Público 43 (6,67%) e, por fim, estabelecimentos de saúde 32 (5,43%) (CPCJ de Coimbra, 2022).

Observa-se que a nível nacional os estabelecimentos de ensino são as segundas entidades que mais sinalizam situações de perigo (21,09%) porém, no que respeita ao município de Coimbra estes apenas sinalizaram 11,96% dos casos. Assim, encontramos perante uma questão de subsinalização por parte das escolas no que respeita ao município de Coimbra.

Sendo a escola um local de eleição para a deteção precoce de maus-tratos é necessário desenvolver estratégias, planear intervenções, de modo que a necessidade/problema observada(o) nesta comunidade seja colmatada(o).

Comummente é a falta de informação que impede a precoce e correta intervenção em situações de maus-tratos infantis sendo que, a proteção das crianças requer o máximo de cooperação entre as instituições públicas competentes, bem como dos profissionais que as constituem, neste caso profissionais de saúde e educadores/professores, como também a família e a população em geral. O PNSE (2015) promove a parceria entre a saúde e a educação, dando ênfase à literacia em saúde e à responsável tomada de decisão sendo que, a articulação entre as entidades referidas possibilitará obter uma resposta mais adequada e eficaz.

Deste modo, o Projeto de Intervenção - PPIPE pretende colmatar a necessidade observada no contexto de estágio.

2.2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento

e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982 como citado em Melo, 2020). O planeamento é mais do que planeamento dos serviços de saúde e requer o envolvimento dos vários setores da comunidade, quer económicos quer sociais, e em vários níveis (local, regional e central) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os mesmos autores definiram como principais etapas no processo de planeamento da saúde: o diagnóstico da situação; a definição de prioridades; a fixação de objetivos; a seleção de estratégias; a elaboração de programas e projetos; a preparação da execução; a execução; e a avaliação. Fazendo a ponte para o processo de cuidados de enfermagem, os projetos de saúde com a comunidade como unidade de cuidados seguem as seguintes etapas: recolha de dados sobre a comunidade; identificação de potencialidades, de problemas e formulação de diagnósticos; definição dos objetivos; planeamento da intervenção; implementação dos planos de ação; avaliação das respostas e efeitos da ação (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com o Artigo 101.º do Código Deontológico do Enfermeiro – do dever para com a comunidade – “o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2015, p.81). Ainda, segundo o regulamento n.º 428/2018, são competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos (OE, 2018).

Para o processo de planeamento do Projeto PPIPE foram utilizados os pressupostos do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020), que descrevo mais à frente, e para uma melhor compreensão da violência é necessário abordar também o Modelo Ecológico para compreensão da violência da OMS (OMS, 2002).

Este último modelo salienta que a violência pode ser previsível e que é intercedida por fatores de risco e de proteção. Assim, essas características permitem que se previna a violência através de intervenções que alterem os comportamentos ou dinâmicas dos indivíduos/comunidades (prevenção primária) e que se intervenha na violência

(prevenção secundária) envolvendo a comunidade. A utilização do Modelo Ecológico por parte da comunidade escolar permite que esta reconheça fatores predisponentes de violência e que adote estratégias eficazes para prevenir ou intervir nos maus-tratos infantis de forma precoce.

2.2.1. Modelo Ecológico para compreensão da violência da Organização Mundial de Saúde

Dahlberg e Krug (2002) defendem que não existe um fator único que explique a violência, sendo esta o resultado da interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. O Modelo Ecológico auxilia na compreensão da índole multifatorial da violência, relacionando os fatores individuais e de contexto e considerando a violência como resultado dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento (Figura 9). Trata-se de um modelo que surgiu no fim da década de 1970 e foi inicialmente aplicado apenas a situações de maus-tratos infantis, posteriormente a casos de violência juvenil e a outros tipos de violência (Dahlberg & Krug, 2002).

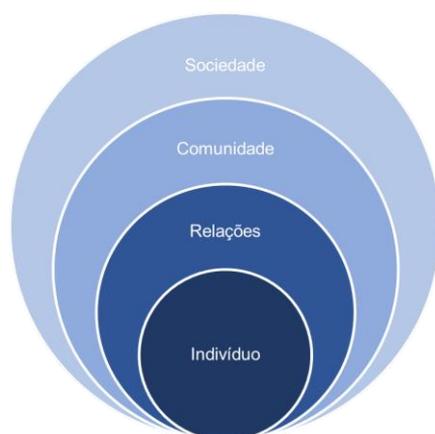


Figura 9 - Modelo Ecológico da OMS para a compreensão da violência

Fonte: Adaptado de OMS, 2022, p.12

Assim, este modelo considera a violência como a interação entre vários fatores e como um produto dos quatro níveis, tendo em consideração os fatores de risco associados e as múltiplas áreas de intervenção para colmatar a violência ou para preveni-la. Os anéis sobrepostos no modelo ilustram a forma como os fatores em cada nível são influenciados por fatores dos outros níveis, sendo que para prevenir a violência é necessário intervir nos diferentes níveis em simultâneo (OMS, 2002). Deste modo, qualquer intervenção deverá ser realizada a vários níveis com vista à prevenção primária, secundária e terciária (Dahlberg & Krug, 2002).

O primeiro nível do modelo ecológico identifica os fatores biológicos e demográficos e da história pessoal do indivíduo. Assim, este nível enfatiza as características do

indivíduo que podem amplificar a probabilidade de este vir a ser vítima ou agressor (OMS, 2002).

O segundo nível explora como as relações sociais de proximidade – por exemplo, membros do agregado familiar – aumentam o risco de ser vítima ou agressor. No caso particular de maus-tratos a crianças, a interação diária em domicílio comum com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques violentos. As relações de proximidade têm o potencial de orientar o comportamento do indivíduo e o âmbito da sua experiência (OMS, 2002).

O terceiro nível do modelo ecológico analisa os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como as escolas e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Por exemplo, um alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade da população, e alta densidade populacional são algumas características que têm sido associadas à violência. Comunidades envolvidas em tráfico de drogas, nível elevado de desemprego ou isolamento social, áreas de pobreza ou com escasso apoio institucional têm mais probabilidade de violência (OMS, 2002).

O quarto e último nível do Modelo Ecológico analisa os fatores significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência, tais como: normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolução de conflitos; atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; normas que sobrepõem os direitos dos pais/tutores ao bem-estar da criança; normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; normas que apoiam o conflito político. Estão ainda incluídos entre os fatores significativos da sociedade as políticas de saúde, educacionais, económicas e sociais que induzem desigualdade económica ou social entre grupos (OMS, 2002).

Ainda que certos fatores de risco sejam característicos de determinados tipos de violência, existem alguns que são comuns, tais como: pobreza, isolamento social, abuso de álcool e drogas e acesso a armas de fogo (OMS, 2002).

Relativamente aos maus-tratos infantis, sabe-se que uma criança exposta a comportamentos negligentes e/ou abusivos por parte dos seus responsáveis apresenta um maior risco de adotar comportamentos agressivos, abusivos e antissociais e praticar suicídio, quando adulta (OMS, 2002). Esta ideia também é defendida por Beckmann (2019) que afirma que a família tem sido frequentemente identificada como fator preditivo no comportamento agressivo das crianças e jovens, sendo a violência física de

pais para filhos e a violência entre parceiros íntimos dois dos fatores de risco de agressão.

A OMS (2002) recomenda a adoção de medidas de prevenção primária, que evitem ações que vão contra os direitos da criança, devendo a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ir ao encontro desta premissa. Assim, são enunciadas algumas Estratégias de Intervenção Baseadas no Modelo Ecológico a vários níveis: individual - intervir em fatores de risco individuais ao nível comportamental; relacional - promover relacionamentos pessoais saudáveis nos diversos contextos; comunitário - aplicação de medidas preventivas em escolas, bairros e locais de trabalho; social - combater atitudes e práticas culturais adversas ao nível da desigualdade de género e garantir a igualdade de acesso aos serviços; macro - lidar com fatores culturais, sociais e económicos mais abrangentes (Dahlberg & Krug, 2002). É de realçar as estratégias de intervenção em contexto comunitário sendo que no projeto PPIPE se pretende dotar os educadores/professores de conhecimentos acerca dos fatores predisponentes de violência através das sessões de sensibilização planeadas.

2.2.2 - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

O MAIEC é um modelo baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Laverack (2008) e no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

De acordo com Laverack (2008) o empoderamento comunitário é definido, em simultâneo, como um processo que pretende a realização de objetivos, e como um resultado, sendo que o empoderamento é por si mesmo o objetivo. É um processo interativo e contínuo, inclui o empoderamento individual ou de comunidades, tendo como propósito o maior controlo sobre as decisões importantes e as estruturas que influenciam a vida dos indivíduos envolvidos no processo (Laverack, 2008), nomeadamente ao nível da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa a OMS (1986) define promoção da saúde como um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (OMS, 1986, p. 1) – empoderamento comunitário - uma vez que uma grande parte da saúde é determinada pelo poder que os indivíduos têm em tomar decisões e pela forma como gerem os seus recursos.

O MAIEC que orienta o enfermeiro para a comunidade como unidade de cuidados, desde o diagnóstico, intervenção e avaliação dos cuidados de Enfermagem (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020). Assenta nos conceitos de comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidados de enfermagem, em que “a comunidade é definida como um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas”, e que têm os mesmos objetivos. Já o ambiente comunitário corresponde ao “conjunto de elementos humanos” (pessoas que vivem na comunidade e pessoas que interagem com elas), “elementos físicos (...), elementos económicos (...), bem como elementos políticos” e a saúde comunitária “é o processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança (...) se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade” (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020, pp. 50-52). O MAIEC apresenta como foco de atenção principal a Gestão Comunitária e como dimensões do diagnóstico o Processo Comunitário, a Participação Comunitária e a Liderança Comunitária e apresenta critérios de diagnóstico (Tabela 4) (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020).

Tabela 4 – Atividade Diagnóstica segundo o MAIEC

Foco de atenção	
Gestão Comunitária	
Dimensões de diagnóstico	Crítérios de Diagnóstico
Processo Comunitário Comprometido	Se: Coping Comunitário comprometido.
Participação Comunitária Comprometida	Se: Processo do grupo Comunitário comprometido.
Liderança Comunitária Comprometida	Se: Défice de conhecimento sobre questões basilares do projeto e/ou Crença sobre o projeto dificultadora e/ou Volição para o projeto comprometida

Fonte: Melo, 2016 como citado em Melo, 2020

O MAIEC pressupõe o envolvimento da comunidade no diagnóstico e na resolução dos seus problemas, sendo esta uma abordagem promotora de um investimento económico efetivo com resultados de ganhos em saúde numa perspetiva contínua e longitudinal dos resultados (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020). Preconiza quatro fases no Processo de Planeamento em Saúde: Preparação do diagnóstico, Diagnóstico, Intervenção e Avaliação (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020). No projeto PPIPE apenas foram realizadas as duas primeiras fases, sendo que é na fase do diagnóstico que é avaliada a Gestão Comunitária. A partir do diagnóstico da comunidade de educadores e professores acerca do tema “maus-tratos infantis” é possível planear intervenções concordantes, tal como é efetuado no Capítulo 3.

CAPÍTULO 3 - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO: PROJETO DE PROMOÇÃO PARA A PROTEÇÃO DA INFÂNCIA POR PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Existe evidência clara que demonstra que os educadores/professores, apesar de contactarem com situações de maus-tratos infantis, nem sempre as denunciam (Goebbles et al., 2008; Feng et al., 2010). Em Portugal o cenário é semelhante pois no estudo de Catarino, em 2009, 26,0% dos educadores que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos, não denunciaram a situação.

Ainda no mesmo estudo, verificou-se que os professores apresentaram conhecimentos insuficientes sobre os sinais de suspeita de maus-tratos infantis e conhecimentos mais deficitários em relação aos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais (Catarino, 2009).

Os profissionais que interagem com crianças podem observar diretamente possíveis mudanças na sua aparência, comportamento e desenvolvimento, os quais podem ser indicativos de abuso e negligência (Schols et al., 2013) e, por isso, devem estar alertas para a sua identificação e conhecer os procedimentos adequados para a sua sinalização. Para Kenny (2004), os educadores devem ser envolvidos na deteção de maus-tratos infantis, uma vez que o contexto escolar proporciona momentos para a observação dos sinais de abuso ou negligência. Os educadores podem ser os únicos profissionais com contacto com as famílias e, deste modo, usufruir de uma posição privilegiada (Kenny, 2004).

Assim, é crucial a implementação de formação em maus-tratos infantis para profissionais da educação durante os cursos base e formação contínua para melhorar a sua deteção e denuncia (Magalhães, 2002; Schols et al., 2013, Cunha, 2014).

Da pesquisa efetuada e dos estudos encontrados, tanto nacionais como internacionais, podemos constatar que não são recentes. Entende-se que a presente proposta poderá contribuir para a atualização dos dados existentes e colocar à discussão científica e pública uma problemática de saúde pública necessária, procurando encontrar estratégias de intervenção adequadas.

3.1. METODOLOGIA

- **Objetivos**

Objetivo Geral: avaliar os conhecimentos dos educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização.

Objetivos Específicos:

- Avaliar a autoperceção dos educadores e professores sobre o seu nível de conhecimento sobre maus-tratos infantis;
- Identificar as razões para os educadores e professores não denunciarem situações de maus-tratos infantis;
- Avaliar os conhecimentos dos educadores e professores sobre maus-tratos infantis;
- Identificar as dimensões dos conhecimentos sobre maus-tratos a crianças em que os educadores e professores apresentam maiores lacunas;
- Avaliar a concordância nas atitudes dos educadores e professores face à sinalização dos maus-tratos perpetrados na criança.

- **População e amostra**

A população é constituída pelos 11 educadores de infância e 31 professores do 1º ciclo do Ensino Básico das escolas da área de abrangência da UCCNM sendo que, a identificação da referida população foi realizada pela Enfermeira Tutora da UCCNM, pela proximidade a esta comunidade nomeadamente no âmbito da saúde escolar, em parceria com a Diretora do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul.

A amostra foi formada pelos educadores e professores que consentiram a sua participação no estudo e compareceram nas sessões de sensibilização onde foi aplicado o instrumento de recolha de dados.

- **Recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado foi construído e aplicado por Catarino, no seu estudo, em 2009 (Catarino, 2009). Foram reformuladas algumas questões de resposta aberta, tornando-as em questões de resposta fechada, tendo por base os resultados obtidas no estudo de Catarino (2009) (APÊNDICE I). Foram utilizadas as escalas “Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil” (ANEXO III). Esta escala foi traduzida da original “Educators’ Checklist for Recognizing Possible Child Maltreatment”, utilizada nos Estados Unidos (Crosson-Tower, 2003), e validada para Portugal por Catarino (2009). Utilizou-se também a “Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMtl)” (ANEXO IV) desenvolvida e validada pela mesma autora em 2007.

Este instrumento de recolha de dados foi aplicado, através da plataforma de formulários online *GoogleForms*, no início das sessões de sensibilização sobre “Maus-tratos infantis” desenvolvidas, antes de qualquer intervenção. O planeamento inicial preconizava a aplicação do questionário em sessões presenciais, em formato papel, porém, a pedido da Diretora do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul, a fim das sessões terem maior adesão por parte dos educadores e professores, recorreu-se então à plataforma *Zoom* e ao *GoogleForms*. A aplicação do instrumento através do *GoogleForms* possibilita a criação de obrigatoriedade de resposta em cada questão para poder avançar no questionário, pelo que elimina a possibilidade de não resposta, algo que não foi possível no estudo realizado por Catarino em 2009.

É um instrumento constituído por três partes permitindo a:

- Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra;
- Avaliação das atitudes e dos conhecimentos dos educadores de infância e professores do ensino básico sobre os maus-tratos infantis.

Caracterização sociodemográfica e profissional

A caracterização dos dados sociodemográficos e profissionais foi realizada a partir de seis questões relativas à idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, profissão e tempo de exercício profissional como educador/professor.

- Idade

Procedeu-se à operacionalização da variável com recurso a uma pergunta de resposta aberta para ser respondida em número de anos completos à data da aplicação do questionário.

- Sexo

Foi empregue uma pergunta de resposta fechada dicotómica com as opções de *masculino e feminino*.

- Estado civil

Foi utilizada uma pergunta de resposta fechada com os seguintes indicadores:

Solteiro(a); Casado(a)/União de facto; Separado(a)/Divorciado(a) e viúvo(a).

- Habilitações académicas

Foi colocada uma questão de resposta fechada com as seguintes opções: *Bacharelato ou equivalente legal, Licenciatura ou equivalente legal, Mestrado e Doutoramento*.

- Profissão

Esta variável foi operacionalizada de acordo com as funções definidas pelo estatuto da carreira dos educadores de infância e dos professores dos ensinos básico e secundário (Decreto-Lei n.º 241/2001 de 30 de agosto): *Educador(a) de Infância e Professor(a) do 1º ciclo do Ensino Básico* (Ministério da Educação, 2001).

A educação pré-escolar, de acordo com a Lei nº5/1997 de 10 de fevereiro – Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar é destinada a crianças entre os 3 anos de idade e o seu ingresso no ensino básico sendo desenvolvida por educadores de infância (Assembleia da República, 1997). O ensino básico é universal, obrigatório e gratuito, tem a duração de nove anos e comporta três ciclos de ensino sequenciais, sendo o 1º de quatro anos, o 2º de dois anos e o 3º de três anos (Assembleia da República, 2009). No 1.º ciclo, o ensino é globalizante, da responsabilidade de um professor único, que pode ser coadjuvado em áreas especializadas (Assembleia da República, 2009).

- Tempo de exercício profissional como educador/professor do 1º ciclo

Foi colocada uma questão de resposta aberta que permitiu identificar o tempo de exercício profissional na função, em número de anos completos, à data de aplicação do questionário.

Conhecimentos sobre maus-tratos infantis

Para avaliar os conhecimentos dos educadores de infância e professores do 1º ciclo do ensino básico sobre maus-tratos infantis optou-se por avaliar as seguintes variáveis:

- Autoperceção do conhecimento sobre maus-tratos infantis

Para avaliar a autoperceção do nível de conhecimentos sobre maus-tratos infantil, foi utilizada uma questão de resposta fechada com uma escala ordinal tipo *likert*, de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a *nenhum conhecimento* sobre o tema e 5 a *muito conhecimento*, sendo solicitado aos participantes que seleccionassem o algarismo que melhor espelhasse o seu nível de conhecimentos sobre maus-tratos infantis.

- Formação em maus-tratos infantis

Foi questionado aos participantes, através de uma pergunta de resposta fechada dicotómica, de *sim* e *não*, se em algum momento já tinham tido formação em maus-tratos infantis.

- Contacto com criança vítima de maus-tratos

Pretendeu-se saber se os participantes, durante o seu exercício profissional como educadores/professores, tiveram contacto com crianças vítimas de maus-tratos, pelo

que foi elaborada uma pergunta de resposta fechada dicotômica, com opção de resposta *sim* e *não*.

- Denúncia da situação identificada

Esta variável foi operacionalizada de forma que apenas fosse respondida pelos participantes que responderam *sim* à questão anterior. Apenas os participantes que contactaram com uma criança vítima de maus-tratos durante a sua atividade profissional respondiam a esta questão. Trata-se de uma questão fechada dicotômica, com opção de *sim* e *não*, que visa avaliar se os educadores/professores que contactaram com uma criança vítima de maus-tratos sinalizaram a situação às entidades competentes.

- Motivos para a não denúncia

Com o objetivo de identificar os motivos para os educadores de infância e professores não denunciarem as situações de maus-tratos com as quais contactaram, foi colocada uma questão de resposta fechada com as seguintes opções de resposta: *intervenção bem-sucedida junto da família, por desconhecer a situação, ausência de provas, situação considerada "normal" pelos envolvidos, incapacidade pessoal para a resolução, não competia denunciar, situação já sinalizada, resolução da situação no âmbito da escola, por defesa pessoal, ou outro* (necessidade de descrever). As opções de resposta mencionadas foram elaboradas de acordo com as respostas obtidas (em pergunta de resposta aberta) para a mesma pergunta por Catarino (2009), no seu estudo. É de salvaguardar que apenas responderam a esta questão os participantes que responderam que *não* sinalizaram uma situação de maus-tratos na questão anterior sendo que, era possível a seleção de mais do que um motivo.

- Fatores de risco/causas identificados nas situações contactadas

A variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada que permitiu identificar os fatores de risco ou as causas implícitas às situações com as quais os participantes tiveram contacto, sendo as opções de resposta divididas em 3 unidades de contexto (Individual, Familiar e Ambiental): Individual - *Comportamento antissocial da criança, Omissão de cuidados, insucesso escolar, agressão física, exposição a comportamentos desviantes, abandono/absentismo escolar, baixa autoestima da criança, abuso sexual, agressão psicológica, exploração do trabalho infantil, Prejuízo para o bem-estar físico e emocional, Deficiência mental, Consumo de substâncias, criminalidade, Gravidez na adolescência*; Familiar - *Disfunção familiar, Fatores económicos, Baixo nível sociocultural, Disfunção afetiva, Abandono familiar, Violência, Comportamento antissocial da família, Doença psiquiátrica*; Ambiental - *Exclusão social, Risco de criminalidade (Gang), outro* (necessidade de descrever). No estudo de

Catarino (2009) esta questão é de resposta aberta e, foi com base nas respostas obtidas por esta autora que foi desenvolvida, no presente estudo, esta questão. Esta questão apenas se destinava aos participantes que tinham respondido afirmativamente ao contacto com uma criança vítima de maus-tratos durante o seu exercício profissional. É de referir que, a categorização dos fatores de risco nas unidades de contexto utilizadas, se enquadram no Modelo Ecológico proposto pela OMS (Krug et al., 2002).

- Atuação perante possível contacto com criança vítima de maus-tratos

Esta questão tem o objetivo de avaliar a atuação dos participantes perante um possível contacto com uma criança vítima de maus-tratos. Trata-se de uma pergunta de resposta fechada dicotómica com as opções de escolha *sim* e *não*, apenas foi colocada aos participantes que responderam anteriormente que ao longo do seu exercício profissional nunca contactaram com uma criança vítima de maus-tratos.

- Motivos/razões para a não sinalização

Esta pergunta tem o objetivo de avaliar os motivos pelos quais os educadores/professores não sinalizariam uma criança vítima de maus-tratos caso tivessem tido contacto com ela. A questão apenas se encontrou disponível para os participantes que responderam que *não* tiveram contacto com crianças vítimas de maus-tratos ao longo da sua vida profissional. Cada participante pôde escolher mais do que um motivo de entre as seguintes opções de resposta: *medo de represália, prejuízo para a criança, incredibilidade na resolução da situação, ausência de provas, certeza na avaliação da situação, competência dos superiores hierárquicos, desconhecimento da situação, desconhecimento da entidade a quem denunciar, outro* (necessidade de descrever).

- Conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos

Com o propósito de avaliar se os educadores e professores conhecem os sinais de suspeita de maus-tratos infantis, foram apresentadas 69 afirmações relativas aos 4 tipos de maus-tratos (negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos/emocionais e abuso sexual) e que compreende uma lista de verificação de possíveis maus-tratos da criança para reconhecimento do educador – “Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil”.

Trata-se de uma questão de resposta fechada em que foi solicitado aos participantes que assinalassem as situações consideradas por eles como sinais de suspeita de maus-tratos na criança, sendo que todos os itens são sinais de maus-tratos infantis. A resposta

é considerada correta se o participante assinalar o item como *é suspeita*, sendo atribuído 1 ponto.

Os dados obtidos do preenchimento desta escala possibilitaram a avaliação dos conhecimentos dos educadores/professores sobre o que estes consideram ser sinais de suspeita de maus-tratos à criança, em relação a cada uma das tipologias e na globalidade. Assim, foram consideradas as médias das respostas para cada tipologia de maus-tratos e a média final do conjunto dos 4 tipos de maus-tratos.

- Detecção dos sinais de suspeita de maus-tratos

Com o objetivo de identificar a prevalência de sinais de maus-tratos infantis detetados pelos educadores/professores durante o seu exercício profissional foi, da mesma forma, aplicada a “Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil” tendo sido solicitado aos participantes que assinalassem as situações que detetaram nos seus alunos, indicando *encontrou*.

Foram consideradas as médias das respostas para cada tipologia de maus-tratos e a média final do conjunto dos 4 tipos de maus-tratos.

Atitudes face aos maus-tratos infantis

- Atitudes dos educadores e professores face aos maus-tratos infantis

É de considerar que as atitudes geram comportamentos e que, se uma atitude puder ser modificada é previsível que o mesmo possa acontecer ao comportamento resultante (Catarino, 2009).

Assim, esta questão tem por base a EAteMtl (ANEXO IV). Esta escala é composta por 26 itens divididos em três dimensões: *Atitudes face à autoridade parental abusiva* (10 itens), *Atitudes face à sinalização dos maus-tratos* (8 itens) e *Atitudes face à punição física* (8 itens).

- Dimensão1 - “*Atitudes face à autoridade parental abusiva*”

Esta dimensão tem como propósito medir as atitudes dos educadores e professores face ao uso da autoridade parental abusiva na educação da criança. Quanto mais alto o score, mais discordantes são as atitudes relativamente à autoridade parental abusiva.

- Dimensão 2 - “*Atitudes face à sinalização dos maus-tratos*”

Esta dimensão tem o objetivo de medir as atitudes dos educadores e professores face à sinalização dos maus-tratos à criança. Quanto mais elevado o score, mais concordantes são as atitudes dos participantes no que concerne à sinalização dos maus-tratos infantis.

- Dimensão 3 - “Atitudes face à punição física”

Esta dimensão permite mensurar as atitudes dos educadores e professores face ao uso da punição física como medida disciplinar parental empregada na educação da criança. Quanto mais alto o score, mais discordantes são as atitudes dos educadores e professores no que respeita ao uso da punição física como medida disciplinar pelos pais/tutores.

Trata-se de uma escala ordinal, de resposta tipo Likert, com cinco categorias, pontuadas de 1 a 5: *discordo totalmente*, *Discordo*, *Não concordo nem discordo*, *concordo* e *concordo totalmente*. É atribuído o valor 1 à resposta *discordo totalmente* e o 5 à resposta *concordo totalmente* para os itens com sentido positivo e o inverso para os itens com sentido negativo.

É de referir que o objetivo do estudo é avaliar as atitudes dos educadores/professores face à sinalização, segunda dimensão da escala, porém foi aplicada a escala na sua totalidade e serão analisados os dados no geral e por dimensão.

3.2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Um estudo de investigação que envolva seres humanos pode levantar determinadas questões éticas que necessitam de ser analisadas. É da responsabilidade do investigador fazer cumprir os preceitos éticos em investigação, proteger os sujeitos participantes do estudo e assegurar a integridade científica do estudo (Nunes, 2020).

A utilização das escalas que compõem o instrumento de recolha de dados foi devidamente autorizada pela autora (ANEXO V).

Este estudo teve autorização da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) (N.º 916/10_2022) (ANEXO VI). A implementação do projeto PPIPE foi autorizada formalmente pela direção do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul (ANEXO VII). Cada pedido de autorização seguiu acompanhado do instrumento de recolha de dados.

Os procedimentos éticos da aplicação do instrumento de recolha de dados encontram-se alinhados com as exigências constantes do Regulamento Geral para a Proteção de Dados (Regulamento da União Europeia 679/2016). Tal foi assegurado mediante a obtenção do consentimento dos educadores e professores do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul. Estes indicaram a manifestação de livre vontade, específica, informada e inequívoca de que consentiam o tratamento dos dados, através de Consentimento Informado disponibilizado na parte inicial do instrumento de recolha de dados (APÊNDICE I), previamente a qualquer fornecimento de dados.

A aplicação dos questionários decorreu aquando sessões de sensibilização com o tema “Maus-tratos infantis” (APÊNDICE II) realizadas aos dois grupos de participantes, educadores de infância e professores do 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul, via plataforma *Zoom* em dias distintos, 23 e 25 de janeiro de 2023, respetivamente. Cada sessão teve a duração de 70 minutos, tal como consta no plano de sessão (APÊNDICE III).

3.3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados foram recolhidos através dos questionários disponibilizados aos educadores/professores na plataforma *Google Forms*, no início e no final das sessões de sensibilização. Posteriormente, os dados foram exportados para o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 24), *software* onde se procedeu à análise quantitativa dos mesmos.

Para sistematizar a informação colhida recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente, frequências absolutas (n°) e relativas (%), medidas de tendência central - Média (M), Moda (Mo), Mediana (Md), medidas de dispersão - Máximos ($X_{\text{máx}}$), Mínimos ($X_{\text{mín}}$) e Desvio Padrão (DP).

3.4. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DE DADOS

- **Características sociodemográficas e profissionais da amostra**

A amostra é constituída por 34 participantes, 9 educadores de infância (26,47%) e 25 professores do 1º ciclo do ensino básico (73,53%).

A média de idades é de 54,53 anos (DP= 8,32), com mínimo de 40 e máximo de 66 anos, e apenas um participante do sexo masculino (2,94%).

A maioria da amostra é casada ou vive em união de facto, 25 (73,53%). Cinco são separados ou divorciados (14,71%) e quatro são solteiros (11,76%). Não se obteve nenhuma resposta com a opção *viúvo(a)*.

No que concerne às habilitações académicas, a maioria dos participantes, 24 (70,59%), é detentor de uma licenciatura ou equivalente legal. Observou-se que 7 (20,59%) possui um mestrado e apenas 3 (8,82%) ainda detém bacharelato ou equivalente legal. Nenhum dos participantes respondeu que possuía doutoramento.

No que respeita ao tempo de exercício profissional como educador ou professor, este varia entre 3 e 45 anos. É possível concluir que os 34 participantes exercem, em média, há 30,47 anos (DP=10,91).

Tabela 5 - Características sociodemográficas e profissionais da amostra

Variável	Atributos				Nº	%
Sexo	Feminino				33	97,06
	Masculino				1	2,94
	Total				34	100
Estado civil	Solteiro				4	11,76
	Casado/União de facto				25	73,53
	Separado/Divorciado				5	14,71
	Viúvo				0	0,00
	Total				34	100
Habilitações académicas	Bacharelato ou equivalente legal				3	8,82
	Licenciatura ou equivalente legal				24	70,59
	Mestrado				7	20,59
	Doutoramento				0	0,00
	Total				34	100
Profissão	Educador de Infância				9	26,47
	Professor 1º ciclo				25	73,53
	Total				34	100
	N	Xmin.	Xmax.	M	Md	DP
Idade	34	40	66	54,53	57	8,32
Tempo de exercício profissional como educador ou professor	34	3	45	30,47	34,50	10,91

- **Conhecimentos dos educadores e professores sobre maus-tratos infantis**
 - Autoperceção do conhecimento sobre maus-tratos infantis

A partir dos resultados apresentados nas Tabelas 6 e 7 observa-se que a autoperceção dos educadores/professores em relação ao próprio conhecimento sobre os maus-tratos infantis variou entre o mínimo de 1, *nenhum conhecimento*, manifestado por 1 dos participantes (2,94%) e o máximo de 5, *muito conhecimento*, mencionado também por 1 participante (2,94%), sendo a média 3,29 (DP=0,80). Enquadraram o seu nível de conhecimentos no grau 3 (nível intermédio) 16 dos participantes (47,06%).

Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo a sua auto percepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis

Auto percepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis	N	Xmin.	Xmax.	M	Md	Mo	DP
	34	1	5	3,29	3,00	3	0,80

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo a auto percepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis

Auto percepção do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis	Nº	%
1 (Nenhum conhecimento)	1	2,94
2	3	8,82
3	16	47,06
4	13	38,24
5 (Muito conhecimento)	1	2,94
Total	34	100

- Formação em maus-tratos infantis

É possível observar na Tabela 8 que a maioria dos participantes no estudo nunca teve formação em maus-tratos infantis, 28 (82,35%).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a posse de formação em maus-tratos infantis

Formação em maus-tratos infantis	Nº	%
Sim	6	17,65
Não	28	82,35
Total	34	100

- Contacto com criança vítima de maus-tratos

Pela Tabela 9 é possível verificar que a maioria dos participantes, 20 (58,82%) referiu não ter contactado com crianças vítimas de maus-tratos durante a atividade profissional.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com o contacto com criança vítima de maus-tratos

Contacto com criança vítima de maus-tratos	Nº	%
Sim	14	41,18
Não	20	58,82
Total	34	100

- Denúncia da situação identificada

Relativamente a esta questão, 9 (64,29%) dos educadores/professores que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos ao longo da sua atividade profissional sinalizaram a situação às entidades competentes, tal como se verifica no Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo atuação face a situação identificada

Denúncia da situação identificada	Nº	%
Sim	9	64,29
Não	5	35,71
Total	14	100

- Motivos para a não denúncia

Os 5 (35,71%) educadores/professores que tendo contactado com crianças vítimas de maus-tratos não denunciaram a situação às entidades competentes, selecionaram os motivos implícitos à decisão de não sinalização (Tabela 11). O motivo mais selecionado pelos participantes foi *situação já sinalizada*, 3 (60,00%). Com a mesma expressão, 1 (20,00%), foram selecionados *intervenção bem-sucedida junto da família*, *ausência de provas*, *não competia denunciar* e *por defesa pessoal*.

Tabela 11 - Distribuição dos motivos selecionados pelos participantes para a não denúncia

Denúncia da situação identificada	Nº
Intervenção bem-sucedida junto da família	1
Por desconhecer a situação	0
Ausência de provas	1
Situação considerada "normal" pelos envolvidos	0
Incapacidade pessoal para a resolução	0
Não competia denunciar	1
Situação já sinalizada	3
Resolução da situação no âmbito da escola	0
Por defesa pessoal	1
Outro	0
Total	7

- Fatores de risco/causas identificados nas situações contactadas

Dos 14 participantes (41,18%) que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos durante a sua atividade profissional, no que respeita aos fatores de risco/causas identificados nas situações com as quais tiveram contacto (Tabela 12), as opções de resposta selecionadas foram: a nível Individual - *omissão de cuidados* 7 , *comportamento antissocial da criança* 5, *agressão física* 5, *exposição a comportamentos desviantes* 4, *baixa autoestima da criança* 4, *prejuízo para o bem-estar físico e emocional* 4, *abuso sexual* 3, *insucesso escolar* 2, *agressão psicológica* 2,

disfunção familiar 2, baixo nível sociocultural 2, violência 2, comportamento antissocial da família 2, abandono/absentismo escolar 1, deficiência mental 1, consumo de substâncias 1; A nível Familiar - fatores económicos 1, disfunção afetiva 1, abandono familiar 1, doença psiquiátrica 1; A nível Ambiental - exclusão social 1.

Tabela 12 – Distribuição dos fatores de risco/causas identificadas pelos participantes nas situações de maus-tratos identificadas

Unidades de contexto	Fatores de risco/causas identificados nas situações contactadas	Nº
Individual	Comportamento antissocial da criança	5
	Omissão de cuidados	7
	Insucesso escolar	2
	Agressão física	5
	Exposição a comportamentos desviantes	4
	Abandono/Absentismo escolar	1
	Baixa autoestima da criança	4
	Abuso sexual	3
	Agressão psicológica	2
	Exploração do trabalho infantil	0
	Prejuízo para o bem-estar físico e emocional	4
	Deficiência mental	0
	Consumo de substâncias	0
	Criminalidade	0
Gravidez na adolescência	0	
	Subtotal	37
Familiar	Disfunção familiar	2
	Fatores económicos	1
	Baixo nível sociocultural	2
	Disfunção afetiva	1
	Abandono familiar	1
	Violência	2
	Comportamento antissocial da família	2
	Doença psiquiátrica	1
	Subtotal	12
Ambiental	Exclusão social	1
	Risco de criminalidade (Gang)	0
	Outro	0
	Subtotal	1
	Total	50

- Atuação perante possível contacto com criança vítima de maus-tratos

Todos os 20 (58,82%) participantes que referiram nunca ter contactado com uma criança vítima de maus-tratos durante a sua atividade profissional, afirmaram que sinalizariam a criança às entidades competentes caso tivessem contacto com a mesma.

Tabela 13 – Distribuição dos participantes segundo a atuação face a possível contacto com a criança vítima de maus-tratos

Denúncia da situação identificada	Nº	%
Sim	20	100
Não	0	0,00
Total	20	100

- Motivos/razões para a não sinalização

Não foram obtidas respostas a esta questão uma vez que apenas se destinava a educadores/professores que nunca tiveram contacto com crianças vítima de maus-tratos durante a sua atividade profissional, mas se contactassem não denunciariam a situação às entidades competentes.

- Conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos

As Tabelas 14, 15, 16, 17 e 18 compreendem os dados respeitantes ao conhecimento dos educadores e professores relativamente aos sinais de suspeita de maus-tratos infantis.

No que concerne ao conhecimento de sinais de suspeita de maus-tratos por negligência (Tabela 14), as duas situações mais assinaladas como sinais de suspeita foram a *criança ou jovem tem falta de vigilância médica ou problemas dentários tais como feridas infetadas ou cáries ou abscessos dentários*, assinaladas por 16 (47,06%) dos participantes e, *parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição*, assinalada por 15 (44,12%). A afirmação menos selecionada foi *tem dificuldade na resolução de problemas*, assinalada por 4 (11,76%) dos educadores/professores.

Tabela 14- Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos por negligência

Sinais de suspeita de maus-tratos por negligência	Conhecimentos dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vem para a escola com roupas sujas ou significativamente pequenas ou grandes para ela ou a precisarem de arranjo	13	38,24	21	61,76	34	100
Parece estar inadequadamente vestida para o tempo	11	32,35	23	67,65	34	100
Parece estar sempre com fome, esconde ou rouba comida, mas vem para a escola com pouca comida própria	12	35,29	22	64,71	34	100
Aparece descuidada e cansada com pouca energia relacionada com ausência de rotinas na hora de deitar	14	41,18	20	58,82	34	100
Refere muitas vezes tomar conta dos irmãos mais novos	12	35,29	22	64,71	34	100
Demonstra ter pouca higiene, cheira a fezes ou urina ou tem mau hálito ou dentes sujos ou cariados	13	38,24	21	61,76	34	100
Parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição	15	44,11	19	55,89	34	100
Tem falta de vigilância médica ou problemas dentários tais como feridas infetadas ou cáries ou abscessos dentários	16	47,06	18	52,94	34	100
Rouba, vandaliza ou exhibe outros comportamentos delinquentes	11	32,35	23	67,65	34	100
Falta à escola frequentemente	14	41,18	20	58,82	34	100
Chega atrasado à escola frequentemente	9	26,47	25	73,53	34	100
Tem um relacionamento pobre com os seus pares	7	20,59	27	79,41	34	100
Foge ao contacto físico	13	38,24	21	61,76	34	100
Solicita a atenção insistentemente	8	23,53	26	76,47	34	100
Demonstra comportamentos destrutivos ou belicosos	12	35,29	22	64,71	34	100
Demonstra não ter sentimentos de culpa perante os seus atos	9	26,47	25	73,53	34	100
Exibe baixa autoestima	8	23,53	26	76,47	34	100
Tem um diagnóstico de distúrbios da conduta/comportamento	9	26,47	25	73,53	34	100
Tem dificuldade na resolução de problemas	4	11,76	30	88,24	34	100
Tem uma variedade de problemas escolares (por ex.: dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)	9	26,47	25	73,53	34	100

Relativamente ao conhecimento de sinais de suspeita de maus-tratos físicos (Tabela 15), destacam-se as seguintes afirmações, selecionadas por 15 educadores/professores (44,12%): a criança ou jovem tem *lesões de diferentes formas, como impressões palmares ou fivelas de cinto; contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções; e queimaduras, especialmente de*

objetos como cigarros, ferros ou outros. A afirmação menos selecionada foi *extrema sensibilidade à dor*, assinalada por 10 (29,41%) dos participantes.

Tabela 15: Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos físicos

Sinais de suspeita de maus-tratos físicos	Conhecimentos dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem tem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Contusões (lesões) extensas especialmente em áreas do corpo que não são normalmente vulneráveis	14	41,18	20	58,82	34	100
Contusões (lesões) de diferentes cores, indicando vários estádios de cicatrização	12	35,29	22	64,71	34	100
Contusões (lesões) frequentes na cabeça ou face, abdómen ou entre o punho e o cotovelo	14	41,18	20	58,82	34	100
Contusões (lesões) frequentes nos joelhos, pernas e cotovelos com localização em áreas pouco prováveis de acontecer em quedas	13	38,24	21	61,76	34	100
Lesões, de diferentes formas, como impressões palmares ou fivelas de cinto	15	44,11	19	55,89	34	100
Marcas que indicam golpes graves com objetos como fio elétrico ou marcas de chicote à volta do corpo	14	41,18	20	58,82	34	100
Contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções	15	44,11	19	55,89	34	100
Hemorragias abdominais inexplicáveis (i.e. causadas, por hemorragia interna e que podem ser observadas pela descoloração da pele ou pelos hematomas -nódoas negras	14	41,18	20	58,82	34	100
Extrema sensibilidade à dor	10	29,41	24	70,59	34	100
Graves marcas de peladas por puxões de cabelo	14	41,18	20	58,82	34	100
Marcas de mordidas de adultos	14	41,18	20	58,82	34	100
Queimaduras, especialmente de objetos como cigarros, ferros ou outros	15	44,11	19	55,89	34	100
Lesões (feridas) para as quais as explicações dadas são inadequadas	14	41,18	20	58,82	34	100

No que respeita ao conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais (Tabela 16), o mais assinalado foi a criança exibir algumas vezes *afetos inapropriados tais como comportamentos negativos perante gracejos ou gargalhadas quando tem dor*, assinalado por 14 (41,18%) dos participantes. *Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes* foi o sinal menos reconhecido de maus-tratos psicológicos/emocionais, tendo sido assinalado por apenas 5 (14,71%) dos educadores/professores.

Tabela 16: Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais

Sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais	Conhecimentos dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem exibe algumas vezes:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Afetos inapropriados tais como comportamentos negativos perante gracejos ou gargalhadas quando tem dor	14	41,18	20	58,82	34	100
Comportamentos extremados maníaco-depressivos (alterna a extrema alegria com a depressão)	8	23,53	26	76,47	34	100
Afastamento – ausência de comunicação verbal ou física com os outros	13	38,24	21	61,76	34	100
Comportamentos autodestrutivos (ex.: automutilação como cortar as veias, braços ou pernas)	13	38,24	21	61,76	34	100
Comportamento geral destrutivo (ideação ou tentativas de suicídio)	12	35,29	22	64,71	34	100
Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes	5	14,71	29	85,29	34	100
Crueldade para com os outros	11	32,35	23	67,65	34	100
Vandalismo, roubo ou vigarice	9	26,47	25	73,53	34	100
Enurese ou incontinência em idade em que este comportamento é inadequado	12	35,29	22	64,71	34	100
Abuso de substâncias (álcool e drogas em geral)	10	29,41	24	70,59	34	100
Distúrbios alimentares (anorexia, bulimia)	10	29,41	24	70,59	34	100
Sintomas/manifestações físicas frequentes como dor de dentes ou dor de cabeça ou inexplicáveis alterações de peso	9	26,47	25	73,53	34	100

Por sua vez, como sinais de suspeita de maus-tratos sexuais (Tabela 17), os mais considerados foram *tem com frequência doenças psicossomáticas (doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais, nervosismo, depressão), vomita frequentemente sem causa orgânica, extrema condescendência ou afastamento ao contacto físico, um medo anormal de homens (ou mulheres)*, assinalados por 13 (38,24%) dos participantes. O sinal de suspeita de maus-tratos sexuais menos reconhecido foi *sentir-se inferiorizado*, selecionado por apenas 5 (14,71%) dos participantes.

Tabela 17: Distribuição dos participantes segundo o conhecimento dos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais

Sinais de suspeita de maus-tratos sexuais	Conhecimentos dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança tem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade em andar ou sentar	11	32,35	23	67,65	34	100
Queixas de irritação genital ou anal, dor ou hemorragias	12	35,29	22	64,71	34	100
Tem com frequência doenças psicossomáticas (doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais, nervosismo, depressão)	13	38,24	21	61,76	34	100
Vomita frequentemente sem causa orgânica	13	38,24	21	61,76	34	100
Engravidada na adolescência	11	32,35	23	67,65	34	100
Manifesta ter doenças sexualmente transmissíveis	12	35,29	22	64,71	34	100
Apresenta ou manifesta corrimento anormal	10	29,41	24	70,59	34	100
Conhecimentos sexuais inapropriados para a idade	11	32,35	23	67,65	34	100
Jogos sexuais explícitos com os colegas	11	32,35	23	67,65	34	100
Extrema condescendência ou afastamento ao contacto físico	13	38,24	21	61,76	34	100
Agressividade evidente	10	29,41	24	70,59	34	100
Um medo anormal de homens (ou mulheres)	13	38,24	21	61,76	34	100
Comportamentos extremamente sedutores	11	32,35	23	67,65	34	100
Um baixo desempenho escolar ou a súbita recusa em participar nas atividades escolares	9	26,47	25	73,53	34	100
Problemas em adormecer ou pesadelos	12	35,29	22	64,71	34	100
Choro sem provocação	12	35,29	22	64,71	34	100
Molhar ou sujar subitamente as calças ou a cama	8	23,53	26	76,47	34	100
Comportamentos fóbicos (pânico, pavor) súbitos	11	32,35	23	67,65	34	100
Sentir-se inferiorizado	5	14,71	29	85,29	34	100
Sentimentos de desvalorização do trabalho ou discursos de perda	9	26,47	25	73,53	34	100
Aparência de mais velho ou com aspeto mundano relativamente aos seus pares	11	32,35	23	67,65	34	100
Tentativas ou ideias de suicídio	11	32,35	23	67,65	34	100
Tentativas frequentes de fugir de casa	10	29,41	24	70,59	34	100
Crueldade com os animais (especialmente com os de estimação)	11	32,35	23	67,65	34	100

Para avaliar os conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis foram calculados os totais das respostas para cada uma das tipologias de maus-tratos infantis e o total do conjunto das respostas das 4 tipologias (Tabela 18). Assim, é possível dizer que relativamente aos conhecimentos globais sobre maus-tratos infantis, os educadores/professores apresentam uma média de 23,03 (DP=25,31). O valor

máximo esperado para esta variável era de 69 pontos, sendo que o máximo registado foi 62. A percentagem média do total de respostas corretas foi de 33,38%.

No que respeita aos conhecimentos sobre os sinais de suspeita de negligência, os valores variaram entre 0 e 18 pontos (mínimo 0 pontos e um máximo de 20). Média de 6,44 (DP=6,26). A percentagem média do total de respostas corretas foi de 31,21%.

Relativamente aos conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos físicos, os valores variaram entre 0 e 13 (mínimo 0 pontos e máximo 13). Média de 5,24 (DP=6,05). A percentagem média do total de respostas corretas foi de 40,27%, pelo que é a este nível que os participantes possuem mais conhecimentos.

Quanto aos conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais, o valor variou entre 0 e 12 (mínimo de 0 e máximo de 12) sendo a média de 3,71 (DP=4,40). Atendendo a que a percentagem média do total de respostas corretas foi de 30,88%, esta é a tipologia em que os educadores/professores possuem menos conhecimentos sobre os sinais de suspeita.

Por fim, relativamente aos conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos sexuais, o valor variou entre 0 e 24 pontos (mínimo 0 pontos e máximo 24), a média das respostas foi de 7,65 (DP=9,95), sendo a percentagem média do total de respostas corretas de 31,86%.

Tabela 18: Distribuição dos participantes segundo os seus conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos infantis

Conhecimentos sobre os sinais de maus-tratos infantis	N	Valor máximo esperado	Valores obtidos		M	Md	DP	% respostas corretas
			Xmin	Xmáx				
Total dos Conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos	34	69	0	62	23,03	6,00	25,31	33,38
Conhecimentos sobre os sinais de suspeita de negligência	34	20	0	18	6,44	5,00	6,26	32,21
Conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos físicos	34	13	0	13	5,24	0,00	6,05	40,27

Continuação da Tabela 18

Conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos	34	12	0	12	3,71	0,50	4,40	30,88
Conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus-tratos sexuais	34	24	0	24	7,65	0,50	9,95	31,86

- Detecção dos sinais de suspeita de maus-tratos

De seguida, nas Tabelas 19, 20, 21, 22 e 23 são apresentados os dados referentes à deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos infantis por parte dos educadores/professores.

Relativamente à deteção de sinais de suspeita de maus-tratos por negligência (Tabela 19), os sinais mais identificados são respeitantes à presença de *uma variedade de problemas escolares (por ex.: dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)* assinalados por 21 (61,76%) dos participantes. O sinal de negligência menos detetado, *parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição*, foi selecionado por apenas 2 (5,88%) dos participantes.

Tabela 19: Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos por negligência

Sinais de suspeita de maus-tratos por negligência	Deteção dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vem para a escola com roupas sujas ou significativamente pequenas ou grandes para ela ou a precisarem de arranjo	14	41,18	20	58,82	34	100
Parece estar inadequadamente vestida para o tempo	11	32,35	23	67,65	34	100
Parece estar sempre com fome, esconde ou rouba comida, mas vem para a escola com pouca comida própria	7	20,59	27	79,41	34	100
Aparece descuidada e cansada com pouca energia relacionada com ausência de rotinas na hora de deitar	14	41,18	20	58,82	34	100
Refere muitas vezes tomar conta dos irmãos mais novos	6	17,65	28	82,35	34	100
Demonstra ter pouca higiene, cheira a fezes ou urina ou tem mau hálito ou dentes sujos ou cariados	9	26,47	25	73,53	34	100

Continuação da Tabela 19

Parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição	2	5,88	32	94,12	34	100
Tem falta de vigilância médica ou problemas dentários tais como feridas infetadas ou cáries ou abscessos dentários	3	8,82	31	91,18	34	100
Rouba, vandaliza ou exhibe outros comportamentos delinquentes	3	8,82	31	91,18	34	100
Falta à escola frequentemente	12	35,29	22	64,71	34	100
Chega atrasado à escola frequentemente	17	50,00	17	50,00	34	100
Tem um relacionamento pobre com os seus pares	7	20,59	27	79,41	34	100
Foge ao contacto físico	6	17,65	28	82,35	34	100
Solicita a atenção insistentemente	15	44,12	19	55,88	34	100
Demonstra comportamentos destrutivos ou belicosos	6	17,65	28	82,35	34	100
Demonstra não ter sentimentos de culpa perante os seus atos	13	38,24	21	61,76	34	100
Exibe baixa autoestima	17	50,00	17	50,00	34	100
Tem um diagnóstico de distúrbios da conduta/comportamento	13	38,24	21	61,76	34	100
Tem dificuldade na resolução de problemas	16	47,06	18	52,94	34	100
Tem uma variedade de problemas escolares (por ex.: dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)	21	61,76	13	38,24	34	100

No que respeita à deteção de sinais de suspeita de maus-tratos físicos, (Tabela 20), o sinal mais identificado foi a *presença de contusões (lesões) extensas especialmente em áreas do corpo que não são normalmente vulneráveis*, selecionado por 6 (17,65%) dos participantes. Existem 5 sinais de maus-tratos físicos que não foram detetados por nenhum dos educadores/professores durante a sua atividade profissional: *Marcas que indicam golpes graves com objetos como fio elétrico ou marcas de chicote à volta do corpo, Contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções, Hemorragias abdominais inexplicáveis (i.e. causadas, por hemorragia interna e que podem ser observadas pela descoloração da pele ou pelos hematomas - nódoas negras, Graves marcas de peladas por puxões de cabelo, Marcas de mordidas de adultos.*

Tabela 20: Distribuição dos participantes segundo a detecção dos sinais de suspeita de maus-tratos físicos

Sinais de suspeita de maus-tratos físicos	Detecção dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem tem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Contusões (lesões) extensas especialmente em áreas do corpo que não são normalmente vulneráveis	6	17,65	28	82,35	34	100
Contusões (lesões) de diferentes cores, indicando vários estádios de cicatrização	5	14,71	29	85,29	34	100
Contusões (lesões) frequentes na cabeça ou face, abdómen ou entre o punho e o cotovelo	4	11,76	30	88,24	34	100
Contusões (lesões) frequentes nos joelhos, pernas e cotovelos com localização em áreas pouco prováveis de acontecer em quedas	4	11,76	30	88,24	34	100
Lesões, de diferentes formas, como impressões palmares ou fivelas de cinto	4	11,76	30	88,24	34	100
Marcas que indicam golpes graves com objetos como fio elétrico ou marcas de chicote à volta do corpo	0	0,00	34	100,00	34	100
Contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções	0	0,00	34	100,00	34	100
Hemorragias abdominais inexplicáveis (i.e. causadas, por hemorragia interna e que podem ser observadas pela descoloração da pele ou pelos hematomas - nódoas negras	0	0,00	34	100,00	34	100
Extrema sensibilidade à dor	5	14,71	29	85,29	34	100
Graves marcas de peladas por puxões de cabelo	0	0,00	34	100,00	34	100
Marcas de mordidas de adultos	0	0,00	34	100,00	34	100
Queimaduras, especialmente de objetos como cigarros, ferros ou outros	1	2,94	33	97,06	34	100
Lesões (feridas) para as quais as explicações dadas são inadequadas	2	5,88	32	94,12	34	100

Relativamente à detecção de maus-tratos psicológicos/emocionais (Tabela 21), os sinais mais assinalados foram *Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes* e *Afastamento – ausência de comunicação verbal ou física com os outros*, assinalados por 13 (38,24%) e 10 (29,41%) dos participantes, respetivamente. O sinal *comportamentos autodestrutivos (ex.: automutilação como cortar as veias, braços ou pernas)* não foi identificado por nenhum dos participantes.

Tabela 21: Distribuição dos participantes segundo a detecção dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos

Sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos/emocionais	Detecção dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança ou jovem exibe algumas vezes:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Afetos inapropriados tais como comportamentos negativos perante gracejos ou gargalhadas quando tem dor	4	11,76	30	88,24	34	100
Comportamentos extremados maníaco-depressivos (alterna a extrema alegria com a depressão)	4	11,76	30	88,24	34	100
Afastamento – ausência de comunicação verbal ou física com os outros	10	29,41	24	70,59	34	100
Comportamentos autodestrutivos (ex.: automutilação como cortar as veias, braços ou pernas)	0	0,00	34	100,00	34	100
Comportamento geral destrutivo (ideação ou tentativas de suicídio)	1	2,94	33	97,06	34	100
Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes	13	38,24	21	61,76	34	100
Crueldade para com os outros	7	20,59	27	79,41	34	100
Vandalismo, roubo ou vigarice	6	17,65	28	82,35	34	100
Enurese ou incontinência em idade em que este comportamento é inadequado	6	17,65	28	82,35	34	100
Abuso de substâncias (álcool e drogas em geral)	2	5,88	32	94,12	34	100
Distúrbios alimentares (anorexia, bulimia)	3	8,82	31	91,18	34	100
Sintomas/manifestações físicas frequentes como dor de dentes ou dor de cabeça ou inexplicáveis alterações de peso	6	17,65	28	82,35	34	100

Por fim, no que concerne à detecção dos sinais de suspeita de abusos sexuais (Tabela 22), os sinais mais identificados foram *agressividade evidente, um baixo desempenho escolar ou a súbita recusa em participar nas atividades escolares e sentir-se inferiorizado*, assinalado por 8 (23,53%) participantes.

Vomita frequentemente sem causa orgânica, engravidada na adolescência, manifesta ter doenças sexualmente transmissíveis, apresenta ou manifesta corrimento anormal, um medo anormal de homens (ou mulheres) e tentativas ou ideias de suicídio não foram detetados por nenhum dos educadores/professores.

Tabela 22: Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais

Sinais de suspeita de maus-tratos sexuais	Deteção dos sinais de suspeita					
	Sim		Não		Total	
A criança tem:	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade em andar ou sentar	3	8,82	31	91,18	34	100
Queixas de irritação genital ou anal, dor ou hemorragias	4	11,76	30	88,24	34	100
Tem com frequência doenças psicossomáticas (doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais, nervosismo, depressão)	6	17,65	28	82,35	34	100
Vomita frequentemente sem causa orgânica	0	0,00	34	100,00	34	100
Engravidada na adolescência	0	0,00	34	100,00	34	100
Manifesta ter doenças sexualmente transmissíveis	0	0,00	34	100,00	34	100
Apresenta ou manifesta corrimento anormal	0	0,00	34	100,00	34	100
Conhecimentos sexuais inapropriados para a idade	3	8,82	31	91,18	34	100
Jogos sexuais explícitos com os colegas	4	11,76	30	88,24	34	100
Extrema condescendência ou afastamento ao contacto físico	2	5,88	32	94,12	34	100
Agressividade evidente	8	23,53	26	76,47	34	100
Um medo anormal de homens (ou mulheres)	0	0,00	34	100,00	34	100
Comportamentos extremamente sedutores	1	2,94	33	97,06	34	100
Um baixo desempenho escolar ou a súbita recusa em participar nas atividades escolares	8	23,53	26	76,47	34	100
Problemas em adormecer ou pesadelos	1	2,94	33	97,06	34	100
Choro sem provocação	4	11,76	30	88,24	34	100
Molhar ou sujar subitamente as calças ou a cama	3	8,82	31	91,18	34	100
Comportamentos fóbicos (pânico, pavor) súbitos	1	2,94	33	97,06	34	100
Sentir-se inferiorizado	8	23,53	26	76,47	34	100
Sentimentos de desvalorização do trabalho ou discursos de perda	3	8,82	31	91,18	34	100
Aparência de mais velho ou com aspeto mundano relativamente aos seus pares	1	2,94	33	97,06	34	100
Tentativas ou ideias de suicídio	0	0,00	34	100,00	34	100
Tentativas frequentes de fugir de casa	1	2,94	33	97,06	34	100
Crueldade com os animais (especialmente com os de estimação)	1	2,94	33	97,06	34	100

Tendo por base os resultados apresentados é possível referir, na globalidade, que das 4 tipologias de maus-tratos a média de deteção dos sinais de suspeita foi de 10,79 (DP=9,04).

No que respeita à deteção dos sinais de suspeita de negligência, em média a amostra exibiu um valor de 6,24 (DP=4,84). Este é o valor mais elevado das 4 tipologias de maus-

tratos. Assim, verifica-se que foi ao nível da negligência que mais sinais de suspeita foram detetados.

A média da deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos físicos situou-se em 0,91 (DP=1,58). O valor da média é o mais baixo tendo por base os restantes, pelo que foi a este nível que os participantes detetaram menos sinais de suspeita.

No que respeita à deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos, a média foi de 1,82 (DP=2,07).

Quanto à deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos sexuais, a média foi de 1,82 (DP= 2,66).

Tabela 23: Distribuição dos participantes segundo a deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos infantis

Deteção dos sinais de maus-tratos infantis	N	Valor máximo esperado	Valores obtidos		M	Md	DP
			Xmin.	Xmax.			
Total dos sinais de suspeita de maus-tratos	34	69	0	42	10,79	10,50	9,04
Sinais de suspeita de negligência	34	20	0	19	6,24	6,00	4,84
Sinais de suspeita de maus-tratos físicos	34	13	0	5	0,91	0,00	1,58
Sinais de suspeita de maus-tratos psicológicos	34	12	0	7	1,82	2,00	2,07
Sinais de suspeita de maus-tratos sexuais	34	24	0	13	1,82	1,00	2,66

- **Atitudes dos educadores e professores face aos maus-tratos infantis**

Relativamente à primeira dimensão da EAteMtl, *atitudes face à autoridade parental abusiva*, os seus valores situaram-se entre um mínimo de 3 e um máximo de 5, para uma média de 4,09 (DP=0,57), e uma mediana de 4,10. Os valores da média e da mediana encontrados situam-se acima dos valores esperados (M=2,5; Md=3), o que indica que, em média os educadores/professores apresentam atitudes discordantes com a autoridade parental abusiva na educação da criança.

Verificou-se que o item, *Os maus-tratos infantis só acontecem nas famílias desfavorecidas economicamente*, que integra a dimensão *Atitudes face à autoridade parental abusiva*, é o que apresenta o valor mais alto de discordância, (M=4,76; Md=5; DP=0,43), e o item *A criança deve obedecer incondicionalmente aos pais* (M=3,41; Md=3,50; DP=1,05) é aquele que apresenta o valor mais baixo de concordância com a referida atitude.

A segunda dimensão, *atitudes face à sinalização dos maus-tratos*, apresenta um valor mínimo de 2 e um máximo de 5, média de 4,35 (DP=0,56) e mediana de 4,38. Os valores esperados da média e da mediana eram 2,5 e 3, respetivamente, sendo os valores encontrados superiores aos esperados. Assim, é possível dizer que, em média, os educadores/professores apresentam atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos perpetrados na criança.

O item, *Perceber o que se passa com a criança é fundamental*, que integra a dimensão *Atitudes face à sinalização dos maus-tratos*, apresenta o valor mais alto de concordância com a referida atitude (M=4,68; Md= 5; DP=0,64). O valor mais baixo de concordância é apresentado pelos itens: *Os educadores devem perceber o que se passa com a criança sem que esta se aperceba* (M=4,18; Md=4,0; DP=0,76) e *As escolas devem ter um guia para formalizar a denúncia* (M=4,18; Md=4,0; DP=0,71).

Por fim, relativamente à terceira dimensão da escala, *atitudes face à punição física*, o valor mínimo encontrado foi 2,25 e o máximo de 5. A média situou-se em 3,78 (DP=0,64), sendo este um valor superior ao esperado (2,5). O valor da mediana foi de 3,88, valor também superior ao esperado (3). Desta forma, é possível dizer que, em média, os educadores/professores apresentam discordância relativamente a estas atitudes.

Os itens: *O castigo físico é uma forma de educar* e *Bater na criança é sinal que os pais se preocupam com ela* (M=4,59; Md=5,0; DP=0,78) são os que apresentam o valor mais alto de discordância. Por outro lado, o item, *Para educar as crianças é preciso disciplina* (M=2,24; Md=2,0; DP=1,13) é o que expressa o valor mais baixo de concordância com a referida atitude.

Em suma, tendo em conta que as atitudes dos educadores são muito relevantes na deteção e notificação das situações de maus-tratos infantis e, tendo por base os valores obtidos nas três dimensões da escala, a amostra em estudo apresenta atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos e, discordantes quanto à autoridade parental abusiva e punição física.

3.4.1. Avaliação das Sessões de Sensibilização

Relativamente à avaliação das sessões, foi utilizado um questionário em *GoogleForms* (APÊNDICE IV) disponibilizado a ambos os grupos de participantes (educadores e professores do 1º ciclo do ensino básico) no final de cada uma das sessões. Apenas 20 dos participantes responderam a este questionário, uma vez que os restantes, por motivos pessoais, se ausentaram da sessão antes do final.

- Nível de pertinência do tema da sessão sobre maus-tratos infantis

Esta questão foi operacionalizada de forma que os participantes classificassem a pertinência do tema abordado numa das 5 opções, sendo elas: *totalmente impertinente*, *pouco pertinente*, *pertinente*, *muito pertinente*, *totalmente pertinente*. Através dos dados constantes no Tabela 24 é possível concluir que a maioria dos educadores/professores 17 (85,00%) considera o tema *Maus-tratos infantis* totalmente pertinente ou muito pertinente. Apenas 3 (15,00%) consideraram o tema *totalmente impertinente* sendo que, tendo por base as respostas às restantes questões no questionário de avaliação é possível ter-se tratado de uma má interpretação da pergunta, uma vez que a classificação mais baixa se encontrava em primeiro lugar.

Tabela 24 - Distribuição dos participantes segundo pertinência do tema abordado

Pertinência do tema abordado	Nº	%
Totalmente impertinente	3	15,00
Pouco pertinente	0	0,00
Pertinente	0	0,00
Muito pertinente	6	30,00
Totalmente pertinente	11	55,00
Total	20	100

- Nível de satisfação relativamente à sessão

Esta questão, à semelhança da anterior, foi operacionalizada em 5 opções, sendo elas: *totalmente insatisfeito*, *pouco satisfeito*, *satisfeito*, *muito satisfeito*, *totalmente satisfeito*. Através da observação dos dados disponibilizados no Tabela 25, é possível afirmar que a maioria dos participantes se demonstrou *totalmente satisfeito* e *muito satisfeito* com a sessão 17 (85,00%). Porém, 1 participante (5,00%) revelou estar *totalmente insatisfeito* com a sessão.

Tabela 25 - Distribuição dos participantes de acordo com a satisfação relativamente à sessão

Satisfação relativamente à sessão	Nº	%
Totalmente insatisfeito	1	5,00
Pouco satisfeito	0	0,00
Satisfeito	2	10,00
Muito satisfeito	7	35,00
Totalmente satisfeito	10	50,00
Total	20	100

- Interesse em realizar formação sobre maus-tratos infantis

Os dados que constam no Tabela 26 possibilitam concluir que a maioria, 17 (85,00%) dos participantes, tem interesse em frequentar formação sobre maus-tratos infantis.

Tabela 26 - Distribuição dos participantes segundo o interesse em realizar formação sobre maus-tratos

Interesse em realizar formação sobre maus-tratos infantis	Nº	%
Sim	17	85,00
Não	3	15,00
Total	20	100

3.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por forma a uma mais fácil leitura, compreensão e concordância com o restante corpo do trabalho optou-se por organizar a discussão da mesma forma como se encontra exposto o instrumento de recolha de dados e apresentação de resultados.

- **Caracterização sociodemográfica e profissional**

A amostra é constituída por 34 participantes, 9 educadores de infância (26,47%) e 25 professores do 1º ciclo do ensino básico (73,53%), maioritariamente do sexo feminino (97,06%), com idades compreendidas entre os 40 e os 66 anos, sendo a média de 54,53.

Mais de metade da amostra é casada ou vive em união de facto, 25 (73,53%).

No que concerne às habilitações académicas, 70,59% é detentor de uma licenciatura ou equivalente legal e nenhum dos participantes respondeu que possuía doutoramento. No que respeita ao tempo de exercício profissional como educador ou professor, este varia entre 3 e 45 anos (M=30,47).

Estas características sociodemográficas e profissionais são idênticas às encontradas nas amostras de estudos nacionais e internacionais (Goebbels et al., 2008; Catarino, 2009; Feng et al., 2010; Cunha, 2014).

- **Conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis**

A autoperceção dos educadores/professores sobre o seu conhecimento sobre maus-tratos infantis variou entre o mínimo de 1, *nenhum conhecimento*, e o máximo de 5, *muito conhecimento*, sendo que 47,06% enquadrou o seu nível de conhecimentos no grau 3, à semelhança do estudo de Catarino (2009) que apresenta também um nível intermédio de conhecimentos por parte dos professores.

Relativamente à formação em maus-tratos infantis a maioria dos participantes (82,35%), no presente estudo, nunca teve formação nesta área. Tal é corroborado por Catarino (2009) e Cunha (2014).

Magalhães (2002) e Kenny (2004) recomendam que a formação de professores na área dos maus-tratos infantil deve ser iniciada durante a formação inicial e dada continuidade em formação em serviço, com o propósito de aumentar a sua autoconfiança no ato de denunciar. Acrescenta ainda que os temas a serem abordados na formação devem incidir na atuação/procedimentos da sinalização, identificação dos sinais e sintomas de maus-tratos e nas formas de intervenção terapêutica.

Segundo Goebbels et al. (2008), apesar de a sua amostra ter acesso a horas de formação em proteção da criança, os métodos utilizados não são eficazes na medida em que não se verificou um aumento da deteção de maus-tratos. Por sua vez, Feng et al. (2010), concluíram que 81% dos educadores considera que a formação que teve sobre maus-tratos infantis não atendeu às suas necessidades. Estes dados são relevantes aquando o planeamento de formação para professores na área dos maus-tratos.

A maioria dos educadores/professores (58,82%) referiu não ter contactado com crianças vítimas de maus-tratos durante a atividade profissional. Relativamente a este dado, é importante referir que durante as sessões de sensibilização, após a aplicação do instrumento de recolha de dados, foi possível perceber que existem sinais de suspeita de negligência que os educadores/professores não consideravam como tal (por exemplo, uma criança ir para a escola sem tomar o pequeno-almoço ou uma criança usar roupas desapropriadas para a estação do ano ou sujas), pelo que a percentagem de educadores/professores que referem não ter contactado com crianças vítimas de maus-tratos pode ser muito inferior ao obtido, pelo desconhecimento da definição de mau trato.

De entre os participantes que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos ao longo da sua atividade profissional, 64,29% sinalizaram a situação às entidades competentes. Catarino (2009) encontrou uma percentagem de contacto com crianças vítimas de maus-tratos e não denúncia de 74,00%. Já no estudo de Feng et al. (2010), 11,00% dos educadores de infância que indicaram terem suspeitado de pelo menos um incidente de abuso infantil, não relatou o caso.

Tendo por base os resultados supra, interessa perceber quais os motivos para não denuncia. Assim, no presente estudo, os 35,71% educadores/professores que contactaram com situações de maus-tratos, mas não denunciaram a situação às entidades competentes seleccionaram os motivos de não sinalização. O motivo mais seleccionado foi *situação já sinalizada*, 60,00%. Com a mesma expressão, 20,00%,

selecionaram *intervenção bem-sucedida junto da família, ausência de provas, não competia denunciar e por defesa pessoal*.

Catarino (2009) concluiu que a maioria dos professores que não denunciaram situações de maus-tratos realizaram *intervenção bem-sucedida junto da família*, com conseqüente resolução do caso. Com menor expressão foram relatados a *incapacidade para a resolução do caso e por defesa pessoal*.

Magalhães (2002) afirma que muitos educadores/professores acreditam resolver, de forma informal, as situações em contexto escolar, possivelmente, por avaliarem a situação como não representativa de perigo de vida para a criança ou por serem situações consideradas como pontuais.

Os 41,18% dos educadores/professores que tiveram contacto com maus-tratos infantis durante a sua atividade profissional identificaram os fatores de risco/causas que encontraram nas situações com as quais contactaram sendo que, do ponto de vista Individual a *Omissão de cuidados e Agressão física*, foram os fatores mais identificados. Ao nível Familiar destaca-se a *Violência e Comportamento antissocial da criança* e, por fim, ao nível Ambiental a *Exclusão social* foi o fator mais selecionado. A nível global os fatores de risco que não foram identificados pelos educadores/professores foram *Abandono/absentismo escolar, Deficiência mental, Consumo de substâncias, Fatores económicos, Disfunção afetiva, Abandono familiar, Doença psiquiátrica e Exclusão social*. Catarino (2009) verificou que ao nível Individual, as respostas mais significativas foram *Comportamento antissocial da criança* e *Omissão de cuidados*, já ao nível Familiar destacam-se a *Disfunção familiar, o Consumo de substâncias, os Fatores económicos* e, por fim, ao nível Ambiental *Exclusão social*.

Dos 20 (58,82%) educadores/professores que referiram nunca terem contactado com uma criança vítima de maus-tratos durante a sua atividade profissional, 100% afirmaram que sinalizariam a criança às entidades competentes caso tivessem contacto com a mesma, atitude que evidencia o sentido de responsabilidade destes profissionais. Por outro lado, no estudo de Catarino (2009), 31,85% dos professores que não tiveram contacto com crianças vítimas de maus-tratos referiram que não sinalizariam a situação sendo que, *medo de represália* foi a razão mais explicitada.

Para analisar os conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis utilizou-se a "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil". Em média, os educadores/professores apresentam conhecimentos insuficientes sobre os sinais de suspeita de maus-tratos infantis. A percentagem média de respostas corretas foi de 33,38%, valor muito próximo do identificado por Catarino (2009)

(33,10%). Possuem mais conhecimentos ao nível dos maus-tratos físicos, a percentagem média de respostas corretas situa-se em 40,27%, o mesmo se observa no estudo de Catarino (2009). Em oposição, é na tipologia dos maus-tratos psicológicos que os conhecimentos são mais deficitários, a percentagem média de respostas corretas é de 30,88%. Já Catarino (2009) verificou que os professores têm menores conhecimentos ao nível dos maus-tratos sexuais. Na amostra estudada por Kenny (2004), os resultados encontrados indicam que os participantes também detinham conhecimentos deficitários sobre o tema, o que de acordo com a autora dificulta o processo de denúncia.

Relativamente aos resultados supra, apraz dizer que o facto de os educadores/professores terem menos conhecimento ao nível dos maus-tratos psicológicos/emocionais se deve à dificuldade de deteção desta tipologia, uma vez que os sinais e sintomas demonstrados pelas crianças não são evidentes, podem ser abstratos, e representar outras patologias/situações que não maus-tratos, dando ênfase à necessidade de formação para colmatar estas lacunas no conhecimento. Atualmente os media têm cada vez mais um papel ativo na sensibilização para os maus-tratos, com destaque para os maus-tratos sexuais, podendo ser esta a justificação para os educadores/professores possuírem mais conhecimentos nesta tipologia em relação à amostra de Catarino (2009).

A partir da “Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil” obteve-se a percentagem da deteção de sinais de suspeita de maus-tratos no geral e para cada uma das 4 tipologias. Na globalidade, a média da deteção de sinais de suspeita de maus-tratos foi de 10,79 (DP= 9,04), valor próximo do obtido por Catarino (2009) no seu estudo (M=11,4; DP=10,6). A média da deteção dos sinais de suspeita de maus-tratos por negligência foi de 6,24 (DP= 4,84), sendo esta a tipologia com média mais elevada, também à semelhança do encontrado por Catarino (2009) (M=6,9; DP=5,4). Assim, é possível dizer que foi a este nível que mais sinais de suspeita foram detetados, no entanto nas sessões de sensibilização realizadas foi possível verificar, através da partilha de experiências de cada um, que era ao nível da negligência que os educadores/professores apresentavam mais lacunas/dúvidas.

Por outro lado, foi ao nível da deteção dos sinais de maus-tratos físicos que menos sinais de suspeita foram reconhecidos, uma vez que a média da deteção destes sinais foi de 0,91 (DP= 1,58). Estes dados corroboram as conclusões obtidas por Catarino em 2009). Porém, no presente estudo, é possível verificar que, apesar de os educadores/professores terem mais conhecimentos ao nível dos maus-tratos físicos, esta é a tipologia menos detetada.

Os sinais de suspeita de maus-tratos por negligência mais detetados são respeitantes à presença de *uma variedade de problemas escolares (dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)* identificados por 61,76% dos educadores/professores, por sua vez, o menos detetado, *parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição* foi identificado por apenas 5,88% dos participantes. Estes dados tornam evidente a capacidade dos educadores/professores para mais facilmente detetarem sinais de negligência relacionados com a aprendizagem, tal como é referido por Magalhães (2002), pois a sua atividade profissional implica o desenvolvimento de competências específicas nessa área.

- **Atitudes dos educadores/professores face aos maus-tratos infantis**

As atitudes dos educadores/professores foram avaliadas de acordo com a EAAtEMtl, composta por três dimensões, *Atitudes face à autoridade parental abusiva*, *Atitudes face à sinalização dos maus-tratos* e *Atitudes face à punição física*. Relativamente à primeira dimensão, *Atitudes face à autoridade parental abusiva*, os valores situaram-se entre um mínimo de 3 e um máximo de 5, e média de 4,09 (Md=4,10; DP=0,57). Os valores da média e da mediana encontrados situam-se acima dos valores esperados (M=2,5; Md=3), o que indica que os educadores/professores apresentam atitudes discordantes com a autoridade parental abusiva na educação da criança, o mesmo não se verificou no estudo de Catarino (2009) em que os participantes apresentam atitudes de concordância para esta dimensão da escala. A segunda dimensão, *Atitudes face à sinalização dos maus-tratos*, apresenta um valor mínimo de 2 e um máximo de 5, média de 4,35 (Md=4,38; DP=0,56). Os valores esperados da média e da mediana eram, 2,5 e 3 respetivamente, sendo os valores encontrados superiores aos esperados. Assim, é possível inferir que os educadores/professores apresentam atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos perpetrados na criança, tal como corroborado por Catarino (2009). Por fim, relativamente à terceira dimensão da escala, *Atitudes face à punição física*, o valor mínimo encontrado foi 2,25 e o máximo de 5. A média situou-se em 3,78 (DP=0,64) e mediana 3,87, sendo estes valores superiores ao esperado. Desta forma, é possível dizer que os educadores/professores apresentam discordância relativamente a estas atitudes, não indo ao encontro dos resultados obtidos por Catarino (2009).

Assim, atendendo aos valores obtidos nas três dimensões da escala, a amostra em estudo apresenta atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos e discordância relativamente à autoridade parental abusiva e punição física na educação da criança. Segundo Aracena et al. (2002), os resultados obtidos podem estar

relacionados com os padrões de parentalidade e estes podem ser ou não socialmente aceites dependendo dos valores culturais predominantes, das normas, do respeito pela pessoa humana e da relação afetiva entre as pessoas envolvidas.

Magalhães (2005) defende que os maus-tratos dentro do seio familiar são aqueles que induzem consequências mais graves para as crianças e jovens, existindo quebra de confiança e segurança com as suas figuras de referência, constituindo uma ameaça ao seu desenvolvimento. Estas consequências podem não ser perceptíveis a curto prazo e, por isso, é dada tanta importância à correta e precoce identificação e sinalização por parte dos profissionais que lidam com crianças, mesmo quando se verifica apenas risco (Magalhães, 2005).

3.6. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

A maioria da amostra é do sexo feminino, é casada ou vive em união de facto e apresenta uma média de idades de 54,53 anos (DP= 8,32). A grande maioria é detentora de uma licenciatura ou equivalente legal e em média exercem a sua atividade profissional há 30,47 anos (DP=10,91);

Quanto à sua autoperceção sobre conhecimentos em maus-tratos infantis 47,06% dos educadores e professores enquadraram o seu nível de conhecimentos no grau 3, sendo que 82,35% nunca teve formação em maus-tratos infantis. 85,00% dos participantes manifesta interesse em frequentar formação sobre maus-tratos infantis.

Mais de metade da amostra referiu não ter contactado com crianças vítimas de maus-tratos durante a sua atividade profissional, porém afirmaram que sinalizariam a criança às entidades competentes caso tivessem contacto com a mesma.

Dos 41,18% que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos durante a sua atividade profissional, no que respeita aos fatores de risco/causas identificados nas situações com as quais tiveram contacto, as opções de resposta mais selecionadas foram: a nível Individual - *omissão de cuidados*; a nível Familiar - *fatores económicos, disfunção afetiva, abandono familiar, e doença psiquiátrica*; A nível Ambiental - *exclusão social*.

A maioria dos educadores/professores (64,29%), que contactaram com crianças vítimas de maus-tratos ao longo da sua atividade profissional, sinalizaram a situação às entidades. Por sua vez, os 35,71% dos participantes que tendo contactado com crianças vítimas de maus-tratos não denunciaram a situação às entidades competentes, selecionaram os motivos implícitos à decisão de não sinalização. O motivo mais selecionado pelos participantes foi *situação já sinalizada*.

Os conhecimentos dos educadores/professores são considerados insuficientes. É na tipologia de maus-tratos físicos que os participantes possuem mais conhecimentos. Por outro lado, é na tipologia de maus-tratos psicológicos/emocionais que os educadores/professores possuem menos conhecimentos sobre os sinais de suspeita. É ao nível da negligência que mais sinais de suspeita foram detetados. Por oposição foi ao nível dos maus-tratos físicos que os participantes detetaram menos sinais de suspeita.

Relativamente às atitudes face aos maus-tratos infantis, os educadores e professores apresentam atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos e discordantes quanto à autoridade parental abusiva e punição física.

Perante as conclusões obtidas e tendo por base o MAIEC (Melo, 2016 como citado em Melo, 2020) como modelo orientador, é possível verificar que a comunidade estudada apresenta Gestão Comunitária comprometida por: Processo Comunitário comprometido por *coping* comunitário não efetivo, uma vez que a comunidade escolar não mobiliza os recursos existentes (trabalho em rede) para dar respostas eficazes aos seus problemas, resolvendo as questões de maus-tratos infantis dentro da escola e de forma informal; também a Participação Comunitária se encontra comprometida por comunicação ineficaz uma vez que a comunidade não apresenta mecanismos de comunicação eficazes para resolução/análise de situações de maus-tratos infantis, desconhecimento das parcerias existentes, nomeadamente da equipa de saúde escolar e especificamente do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e inexistência de estruturas organizativas dado que a comunidade não possui comissões ou grupos de trabalho cujo foco e objetivo é dar resposta ao problema dos maus-tratos.

Tendo por base o diagnóstico supra, existem algumas intervenções que são sugeridas por forma a determinar uma Gestão Comunitária não comprometida e um empoderamento da comunidade em questão, tendo como agente principal o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tais como:

- melhorar o Processo Comunitário;
 - promover o *coping* comunitário;
 - advogar aos membros da comunidade estratégias de adaptação ao problema em análise (maus-tratos infantis);
- promover a Participação Comunitária;
 - promover a criação de estruturas organizacionais (comissões, grupos de trabalho com elementos da comunidade escolar e parceiros, para discussão periódica de casos de maus-tratos infantis);

- otimizar a comunicação na comunidade (criação de canais de comunicação facilitadores de transmissão de informação salvaguardando as questões éticas inerentes);
- promover parcerias na comunidade;
- promover a capacidade de a comunidade participar e questionar o problema;
- promover a Liderança Comunitária;
 - ensinar e/ou treinar os membros da comunidade sobre as questões basilares do problema em análise (ações de formação sobre maus-tratos infantis);

CAPÍTULO 4 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETENCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo realiza-se uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas durante a unidade curricular Estágio com Relatório, desenvolvidas nos dois contextos distintos: USPBV – polo de Oliveira do Bairro e UCCNM.

A reflexão crítica do cumprimento dos objetivos propostos e das competências desenvolvidas obriga a uma análise do trabalho desenvolvido e das atividades realizadas. Mediante o Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da OE, foi concebido um conjunto de competências comuns aos enfermeiros especialistas e, competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, as quais houve oportunidade de desenvolver no decorrer do estágio.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), é com base na metodologia do planeamento em saúde que se avalia o estado de saúde de uma comunidade sendo que esta abordagem se enquadra nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Segundo os mesmos autores, a avaliação é a última fase do planeamento em saúde onde se efetua a apreciação entre os objetivos definidos e os atingidos. Conforme o regulamento nº 428/2018 da OE, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública avalia programas e projetos de intervenção pretendendo-se, desta forma, a resolução dos problemas ou necessidades identificadas numa determinada comunidade.

O Conselho Internacional de Enfermeiros refere que os enfermeiros ao desempenharem as suas funções junto das populações desenvolvem um papel decisivo na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado sendo os cuidados de saúde primários o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde, oferecendo cuidados de saúde o mais próximo possível das comunidades (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Neste sentido, os enfermeiros utilizam estratégias de intervenção na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, empoderando-a perante os seus problemas ou necessidade, com recurso a entidades parceiras no contexto da promoção da saúde, na prevenção da doença e na aquisição de ganhos em saúde. Desta forma os enfermeiros contribuem para a concretização das metas do ODS 3 – Saúde de Qualidade, garantindo o acesso a saúde de qualidade e promovendo o bem-estar para todos, em todas as idades (Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, 2015)

Deste modo, as atividades desenvolvidas foram sustentadas por um planeamento anterior e um diagnóstico de um problema ou necessidade de saúde na comunidade a ser intervencionada, para além de irem ao encontro das políticas nacionais, nomeadamente do PNS 2030 e do PNSE (2015). Tal como descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, este integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e executa os objetivos do PNS.

4.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

- **“Lanches Saudáveis”**

A USPBV, além de realizar a gestão da Saúde Escolar, elabora ações e projetos de forma a intervir no PNSE em parceria com a UCC.

Nesta atividade acompanhei a equipa (Enfermeira e Técnico de Saúde Ambiental) da USPBV na ida às escolas, neste caso do 1º ciclo, e colaborei na verificação dos lanches das crianças. Durante esta verificação foi preenchida uma grelha para caracterização do tipo de lanche. Este era avaliado como “não saudável”, “saudável” ou “muito saudável” sendo que, um lanche “muito saudável” deve incluir um laticínio, fruta e pão “de padaria” ou bolacha torrada. A atividade foi muito bem aceite pelas crianças e observou-se uma boa interação entre a equipa da USP, professores e as turmas.

É importante referir que esta atividade requereu uma autorização prévia, por parte dos encarregados de educação dos alunos, para a verificação dos lanches.

- **Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)**

O Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Portugal é um sistema de vigilância nutricional infantil e tem como principal objetivo criar uma rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação descritiva sobre as características do estado nutricional infantil de crianças em idade escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico, dos 6 aos 8 anos (COSI, 2019). Trata-se de um sistema de vigilância que gera dados

comparáveis entre países da Europa e que permite a monitorização da obesidade infantil a cada 2-3 anos (COSI, 2019).

O COSI permite, a partir dos dados recolhidos por regiões, planear e implementar ações personalizadas, a nível nacional e local, que visam a redução do excesso de peso e obesidade infantil. Torna-se um instrumento de saúde fundamental que permite delinear estratégias e políticas anuais de promoção da alimentação saudável e conducentes à redução do impacto desta epidemia global que é a obesidade (COSI, 2019).

No âmbito desta atividade tive oportunidade de informatizar alguns dados correspondentes aos questionários e avaliações de crianças das escolas escolhidas para o COSI 2022, da região de Aveiro, tendo sido uma experiência enriquecedora participar na monitorização da população abrangida por este sistema de vigilância.

- **Provas de Tuberculina**

Após a confirmação de um caso de tuberculose positivo, numa utente institucionalizada num lar da zona, foi necessário testar os contactos de risco. Todos os utentes e profissionais do lar foram testados, assim como os profissionais de outra instituição onde a utente realizava hemodiálise. Assim, surgiu a oportunidade de assistir e realizar provas de tuberculina.

De acordo com o Despacho nº 1150 de 28 de janeiro de 2021, da DGS, a tuberculose é uma doença de notificação, clínica e laboratorial, obrigatória a comunicar na plataforma de apoio ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) para monitorização da doença.

O contacto próximo e continuado com indivíduos com tuberculose pode levar ao contágio, que, na maioria das situações, não se manifesta de imediato, a chamada tuberculose latente, porém, a médio e longo prazo, pode evoluir para tuberculose ativa (DGS, 2021). O teste intradérmico à tuberculina e o teste Interferon *Gamma Release Assay* (IGRA) são testes para diagnosticar a infeção latente causada pelo *Micobacterium tuberculosis*. Geralmente, o teste IGRA surge como complementar ao teste de tuberculina pela sua fiabilidade superior (DGS, 2021).

É importante referir que os Centros de Diagnóstico Pneumológico são unidades de saúde, integradas no departamento de Saúde Pública, diferenciadas na área da tuberculose e que todos os casos de exposição a tuberculose, suspeita de tuberculose, tuberculose em tratamento, imunodeprimidos ou candidatos a tratamentos imunossupressores, provenientes de países com elevada incidência de tuberculose e

crianças com indicação para vacina da tuberculose e com necessidade de rastreio prévio, devem ser encaminhados para estas unidades (DGS, 2021).

Assim, tive oportunidade de observar e realizar as provas de tuberculina e o seu registo no SCLinico, com o diagnóstico de enfermagem “Avaliar adesão a rastreios” e, no E-Vacinas “Prova de Tuberculina”. Após resultados das provas de tuberculina pude acompanhar as colheitas para os testes IGRA e o restante protocolo.

- **Auditoria sobre Procedimentos da Qualidade na Vacinação Covid-19 e Gripe Sazonal outono/inverno 2022 em ERPIS e similares, em Anadia e Sever do Vouga**

Na circunstância de a USPBV se encontrar em fase de certificação, internamente os profissionais desenvolvem protocolos de procedimentos da qualidade. Neste caso, dado o panorama atual de vacinação COVID-19 e Gripe Sazonal outono/inverno, foi desenvolvido um protocolo de procedimentos da qualidade de atuação em IPSS e similares. Todos os 11 polos da USPBV sofrem duas voltas de auditoria interna, e à posteriori são discutidas melhorias em reunião de enfermagem. De acordo com Rodrigues (2013) a auditoria é definida como uma atividade que permite examinar e avaliar as atividades da instituição, assistindo os membros da organização no desempenho eficaz das suas competências, através da disponibilização de análises, apreciações, recomendações, conselhos e informações das atividades analisadas (Rodrigues, 2013).

Assim, tive oportunidade de acompanhar duas auditorias, a duas unidades funcionais.

Esta atividade vai ao encontro da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 que apresenta como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Despacho nº5613/2015, 2015, p. 13552).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 reforça o enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições, melhoria da qualidade clínica e organizacional, resultando no reforço da segurança dos doentes.

- **Reunião de Saúde Escolar**

Tive oportunidade de assistir à reunião de início de ano letivo para planeamento das atividades no âmbito da Saúde Escolar onde estiveram presentes a Enfermeira coordenadora da USPBV, Enfermeira responsável pela Saúde Escolar da UCC Cubo Mágico, Higienista Oral e Fisioterapeuta da URAP, e representante do agrupamento de

escolas de Oliveira do Bairro. Durante a reunião foram apresentados os projetos que a USPBV e UCC Cubo Mágico planearam desenvolver para o ano letivo em curso a nível escolar, por ciclos de ensino. Do plano constavam as seguintes atividades: universal a todos os ciclos de estudos – vigilância de instalações (vistorias) e vigilância de refeitórios; pré-escolar – “Biblioteca de Emoções”, “Lanches Saudáveis” e “Projeto Senhor Dente”; 1º ciclo do ensino básico – “Lanches Saudáveis”, “Dormir é bom, dormir faz bem – Higiene do Sono”, “+Cooluna”, Cheques dentista 7 anos; 2º e 3º ciclos do ensino básico - Competências Parentais no Âmbito da Saúde (Dirigido aos encarregados de educação), “+ Contigo”, Cheque dentista 10 e 13 anos; ensino secundário – “Percurso de Autonomia”.

Os projetos/atividades acima mencionados vão ao encontro das áreas de intervenção esplanadas no PNSE de acordo com o ciclo de ensino, tendo por base o Eixo 1 – Capacitação (DGS, 2015). No que concerne às vistorias periódicas às instituições de ensino, o PNSE também prevê que estas sejam realizadas, de acordo com o Eixo 2 - Ambiente Escolar e Saúde contemplando áreas de intervenção como o desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros (DGS, 2015).

- **Vacinação COVID-19 e Gripe Sazonal**

Partindo das normas em vigor, colaborei no planeamento e implementação da campanha de vacinação COVID-19/Gripe Sazonal no Centro de Vacinação COVID-19 de Oliveira do Bairro (instalações do polo da USPBV em Oliveira do Bairro) e em IPSS.

Relativamente à vacinação em contexto de IPSS, após disponibilização das listas de utentes por parte das instituições, tive oportunidade de verificar os seus processos, sempre salvaguardando a confidencialidade e individualidade de cada utente, a fim de efetuar um levantamento dos que se encontravam elegíveis para a vacinação, de acordo com as normas e orientações em vigor. Participei, na administração das vacinas, tanto em contexto de Centro de Vacinação COVID-19 como em IPSS, e no seu devido registo no E-vacinas.

- **Consulta do Viajante**

Durante o estágio tive oportunidade de participar na chamada consulta do viajante/centro de vacinação internacional de Aveiro. Sabendo-se que as viagens internacionais podem constituir um risco para a saúde dos viajantes, esta consulta assume especial importância, quer para a saúde individual destes quer para a saúde pública, uma vez que o viajante pode ser um transmissor de doenças infetocontagiosas.

Assim, mediante o país para onde o indivíduo vai viajar, teve oportunidade de administrar as vacinas recomendadas e/ou obrigatórias, procedendo à emissão do boletim internacional e registo no E-vacinas.

Outra vertente extremamente importante nesta consulta são os ensinamentos aos indivíduos sobre os cuidados a ter mediante as características epidemiológicas do país para o qual os utentes viajam, os quais também realizei. Esses cuidados estão relacionados com o consumo de água potável, de alimentos bem cozinhados, a colocação de repelentes e os cuidados nas deslocações no sentido de evitar acidentes. Contempla também a oferta de preservativos no sentido de prevenir infeções sexualmente transmissíveis.

De referir que os utentes que se deslocam a esta consulta provêm de diversas zonas da região de Aveiro, sendo o principal motivo a indisponibilidade de consultas no setor público, em tempo útil, na sua área de residência. Outros utentes referem também constrangimentos relacionados com a indisponibilidade de determinadas vacinas. Segundo os Enfermeiros da USP, a procura desta consulta aumentou consideravelmente nestes dois últimos anos, levantando-se a hipótese de haver uma procura grande por viagens após estes dois anos de pandemia em que foi mais difícil e desaconselhado viajar.

4.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

- **Sexualidade e Afetos**

“Sexualidade e Afetos” é um projeto centrado na promoção da saúde reprodutiva dos jovens, com abordagem no âmbito da contraceção e planeamento familiar, infeções sexualmente transmissíveis, VIH/SIDA, reprodução, desenvolvimento sexual e diferenças de géneros.

Este projeto de intervenção comunitária enquadra-se nas grandes linhas de orientação estratégica do PNS 2030, face às necessidades de saúde identificadas, sendo que uma das intervenções é a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Ainda, de acordo com o Eixo 1 (Capacitação) do PNSE (2015), na esfera da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, preconiza-se a educação para os afetos e a sexualidade como área de intervenção.

Assim, o objetivo geral desta atividade é “Compreender a sexualidade e todas as questões envolvidas”. Relativamente aos objetivos específicos, a comunidade alvo da intervenção deve ser capaz de: participar ativamente na sessão, compreender o conceito de sexualidade, aumentar os conhecimentos sobre os métodos contraceptivos, adquirir conhecimentos sobre os conceitos associados ao género.

Nesta atividade fiz parte da equipa dinamizadora sendo que, primeiramente, esta intervenção foi desenvolvida numa escola profissional, da área de abrangência da UCCNM, no âmbito do ensino não superior, com o enquadramento no Ensino Secundário e, de seguida numa escola secundária, aos alunos do 12º ano.

A atividade consistia em organizar quatro grupos de alunos aos quais foram distribuídas quatro histórias que abordavam vários pressupostos da sexualidade. Foi facultado tempo para discussão da história em cada grupo, seguindo-se um momento de debate.

As histórias foram bem aceites, porém o assunto “homossexualidade” presente nas histórias causou evidente desconforto nas turmas, com ênfase nos estudantes do sexo masculino. Sugere-se, desta forma, a necessidade de futuras intervenções tendo por base esta temática. Sendo, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública “identificar necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades” (OE, 2018, p.19355).

De seguida, foram abordados os diferentes métodos contraceptivos e verificou-se um aumento da adesão e interesse demonstrado perante a atividade, sendo esta uma possível ferramenta para uma próxima intervenção.

Considereei que se tratou de um público-alvo desafiante e que requereu uma transposição dos conhecimentos teóricos para a prática, nomeadamente: técnicas de comunicação, resolução de conflitos, gestão e disponibilização de “informação adequada às características dos grupos” (OE, 2018, p. 19356.).

- **Suporte Básico de Vida**

Esta atividade realizou-se numa escola do 2º e 3º ciclos do ensino básico, a duas turmas do 9º ano. Tratou-se de uma atividade dinamizada pelas estudantes do 8º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfC, a realizar Ensino Clínico na UCCNM.

Além da observação, foi-me possível esclarecer de forma mais aprofundada alguns conceitos mencionados pelas dinamizadoras, referencia a exemplos reais, esclarecimento de dúvidas aos participantes e apoio no momento prático.

Sugere-se a inclusão de sessões de educação para a saúde com abordagem do SBV nas aulas de cidadania a partir do 2º ciclo sendo que, esta problemática encontra-se mencionada no Eixo 1 – Capacitação do PNSE como área de intervenção na comunidade escolar.

- **Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

De acordo com o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho que contempla a criação da RNCCI, os Cuidados Continuados Integrados traduzem-se no

conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (p.4).

É através da ECCI que os ACeS se articulam com a RNCCI, sendo este um programa prioritário nas UCC. De acordo com o Despacho nº10143/2009, de 16 de abril de 2009, a ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da RNCCI, enquadrada na prestação de CSP (Ministério da Saúde, 2009).

As Equipas Domiciliárias da RNCCI, nomeadamente a ECCI, dão apoio a situações de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram: frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados; complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal (Ministério da Saúde, 2009).

Atualmente, a UCCNM possui 10 vagas de ECCI sendo que, a totalidade se encontra ocupada (UCCNM, 2021).

Relativamente a este programa de intervenção existiu oportunidade de realizar as visitas domiciliárias, onde foi possível ter uma visão mais ampla e próxima da comunidade, visto que, a visita domiciliária permite visualizar as condições de vida, bem como as necessidades da pessoa e família, de modo a poder intervir de forma mais adequada possível, contribuindo assim para uma melhor qualidade no atendimento.

Durante a visita domiciliária surgiu oportunidade de realizar tratamentos a feridas, nomeadamente úlceras por pressão em utentes acamados e ensinos à família/cuidador informal. Esta atividade em concreto é parte integrante da minha atividade profissional

diária em contexto de CSP, o que permitiu o enriquecimento de conhecimentos e uma participação ativa e crítica na prestação dos cuidados.

É relevante mencionar que devido à carência de recursos humanos, o tempo disponível para cada utente não é o ideal. O principal motivo de referenciação para as ECCI é a necessidade de cuidados de reabilitação, porém a prestação destes cuidados implica uma grande disponibilidade de tempo e, a capacidade dos recursos humanos deveriam acompanhar essa necessidade.

Foram diagnosticadas algumas debilidades perante os sistemas de informação existentes. A falta de cruzamento de informação entre o aplicativo informático da RNCCI, o GestCare® CCI, e o SClinico. A articulação entre estes sistemas informáticos permitiria ultrapassar os constrangimentos associados à duplicação de registos, salvaguardaria o cumprimento da periodicidade de registos, por via do uso de instrumentos de avaliação idênticos, bem como o acesso à informação por parte de todos os profissionais que intervêm com o utente e família.

Considera-se que o trabalho desenvolvido pelas ECCI é uma mais-valia para a sequência do princípio da continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social. Estas equipas articulam a sua intervenção com os outros níveis de cuidados, permitindo responder às necessidades dos utentes.

- **Coimbra a Brincar**

O “Coimbra a Brincar” foi uma atividade realizada no Parque Linear do Vale das Flores. É uma dinâmica que se encontra enquadrada no Dia Internacional do Brincar que se comemora a 28 de maio. Ao nível da cidade de Coimbra são diversas as entidades parceiras que desenvolvem atividades em vários pontos do município, de modo que as crianças saiam à rua e se divirtam através de jogos e atividades.

À UCCNM compete a organização da Gincana da Saúde, ao ar livre, que tem como objetivo primordial a adoção, por parte das crianças do 1º ciclo, de estilos de vida saudável. A Gincana da Saúde compreende a realização de um *peddy paper* ao longo do Parque Linear. Nesta atividade tive oportunidade de organizar as atividades a desenvolver e, posteriormente, dinamizá-las com as crianças.

Segundo o artigo 31º da Convenção sobre os direitos da Criança, “a criança tem direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística” (Convenção sobre os direitos da Criança e Protocolos Facultativos, 2019, p.25).

A dinâmica foi encarada com grande satisfação por parte das crianças sendo que a sua participação foi ativa do início ao fim da atividade.

Toda a equipa de enfermagem da UCCNM esteve presente, sendo esta atividade, como referido anteriormente, parte integrante de um evento a nível do município havendo necessidade de trabalhar em rede/parceria, de modo a “garantir uma maior eficácia das intervenções” (OE, 2018, p. 19355).

- **Projeto “+ Contigo”**

Este é um projeto de promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa, com início em 2009, no âmbito da componente formativa de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária, do curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como alvo principal os estudantes do ensino básico e secundário, dinamizado nas escolas pelos profissionais de saúde local, em rede com professores, assistentes operacionais, encarregados de educação e estudantes. Tive oportunidade de observar a dinamização de algumas sessões, a turmas do 8º ano de uma Escola básica e secundária, as quais tiveram muito boa adesão por parte dos alunos.

- **“Quebra-cabeças musical”**

No dia 6 de fevereiro de 2023 dinamizei uma atividade dirigida aos utentes do Grupo Anos de Vida (Q)ualidade, intitulada de “Quebra-cabeças musical” (APÊNDICE V), com o objetivo de estimular a área cognitiva. A atividade consistiu na apresentação de diversas imagens que representam músicas portuguesas e tradicionais e, sempre que os utentes identificavam a música correta essa era reproduzida (APÊNDICE VI). Foi uma atividade que obteve grande adesão por parte do público-alvo e com uma avaliação final muito positiva. Tratou-se de uma atividade de iniciativa própria, planeada e dinamizada no âmbito do estágio, a qual foi acolhida e integrada nas atividades da UCC.

4.3. OUTRAS ATIVIDADES

No decorrer do estágio surgiu a possibilidade de participar em dois eventos da área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, que se verificaram bastante pertinentes para o percurso académico e futuro profissional, na medida em que foi possível obter e aprofundar conhecimentos técnicos e científicos da área.

- **XX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários**

Nos dias 29 e 30 de setembro de 2022 houve a oportunidade de participar no XX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, na Figueira da Foz. Foram abordados temas como terapia compressiva e câmaras expansoras em formato de workshop e realizadas conferências acerca de: descentralização de competências de saúde para os municípios; capacitação do jovem para a gestão da ansiedade; formação atual no desenvolvimento da profissão; conquistas e desafios da saúde pública e comunitária; consensos e recomendações sobre alimentação; saúde na escola: continuidade em contexto de pandemia; cuidar de comunidades vulneráveis; e contemporaneidade no tratamento de feridas.

Neste mesmo congresso, em conjunto com um grupo de colegas de curso, submetemos uma comunicação livre intitulada “Identificar para bem acompanhar”, a qual foi apresentada por uma colega do grupo. Trata-se de um projeto de melhoria contínua desenvolvido na unidade curricular de Gestão, na área das crianças com necessidades de saúde especiais e que poderá ser uma mais-valia na deteção e acompanhamento precoce das mesmas.

- **3º Congresso Nacional da USP do ACES Baixo Vouga**

Nos dias 22 e 23 de novembro de 2022 houve oportunidade de participar neste congresso, com o tema principal “Emergências em Saúde Pública – da COVID-19 à próxima ameaça”, no qual foram abordadas conferências sobre “Pathogenomics e o seu papel na vigilância e investigação epidemiológica”; “Comunidade – cooperação intersectorial”; “Hospital – governança e reorganização dos serviços no pós COVID-19”; “Saúde Pública – preparação para a próxima ameaça”; “Emergências em Saúde Pública – Aprendizagem da COVID-19”; e “Cuidados de Saúde Primários – resposta em contexto de emergências de Saúde Pública”.

4.4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No decorrer do estágio pressupõe-se o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Relativamente às competências comuns, é espectável que estes profissionais desenvolvam um conjunto de competências comuns, extensíveis em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2019). De acordo com o regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, existem quatro domínios principais, nos quais se inserem as competências:

“A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;

C — Domínio da gestão dos cuidados;

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Deste modo, desenvolvi a minha responsabilidade profissional, ética e legal, a capacidade de intervir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional durante este estágio, pois o facto de poder desempenhar funções especializadas levou a um aprofundamento dos conhecimentos nestas matérias. Cada uma das atividades desenvolvidas foi sustentada em normas e procedimentos e a preocupação com os princípios éticos e Direitos Humanos foi uma constante.

Ainda no desenvolvimento da competência da responsabilidade profissional, ética e legal, destaco todo o processo de planeamento e execução do estudo de investigação, que foi desenhado com base em todas as normas legais e princípios éticos e deontológicos, e submetido à apreciação da comissão de ética da UICISA: E. Quer no processo de recolha de dados, quer no tratamento dos dados esses princípios foram sempre respeitados.

Desta forma, as competências comuns do Enfermeiro Especialista A1 - “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e A2 - “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, encontram-se desenvolvidas.

A participação na campanha de vacinação COVID-19/Gripe Sazonal, nas IPSS, outro exemplo que exige o conhecimento aprofundado das normas da DGS, bem como os princípios éticos e deontológicos a fim de respeitar a individualidade de cada utente. A vacinação nestas instituições, em particular as que têm um número elevado de utentes, exige um trabalho metódico de planeamento, em equipa e em parceria com os responsáveis das instituições, tendo por base as normas em vigor, não esquecendo as normas legais para o consentimento do utente, valores culturais e crenças individuais, garantindo um ambiente terapêutico e seguro, dando cumprimento ao desenvolvimento da competência comum B3 - “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. Este planeamento, para além de ter permitido desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, inclui o desenvolvimento de competências comuns como C1 - “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e C2 - “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando

a garantia da qualidade dos cuidados”, pois ao ser executado pela equipa de saúde pública em articulação com a equipa responsável pela vacinação nas IPSS, permitiu otimizar a resposta da equipa e atingir um elevado nível de eficiência, cumprindo assim os prazos preconizados para esta campanha de Vacinação Sazonal Outono/Inverno 2022-2023, contra a COVID-19 e simultaneamente gripe sazonal.

Por outro lado, todo este processo seguiu uma sequência de atividades que foram previamente definidas num procedimento de qualidade elaborado pela equipa da USP. Numa lógica de melhoria contínua da qualidade, este procedimento foi sujeito a uma auditoria interna, em que os enfermeiros da USP avaliaram os colegas das outras equipas locais da USP. Tive oportunidade de participar nestas auditorias, e estar presente na reunião de enfermagem em que os resultados das auditorias foram comunicados à equipa, contribuindo para o desenvolvimento das competências B1 - “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e B2 - “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”. Ainda, o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua, “Identificar para bem acompanhar”, apresentado no XX Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, também contribuiu para o desenvolvimento das mesmas competências.

O desenvolvimento das ações de sensibilização sobre maus-tratos infantis aos educadores de infância e professores do 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul no âmbito da componente de investigação deste estágio, também contribuiu para o desenvolvimento das competências da C1 e C2, na medida em que estas sessões cooperaram para o aumento do conhecimento dos profissionais sobre esta temática. As mesmas competências foram desenvolvidas na atividade “Suporte Básico de Vida” e “Sexualidade e afetos”.

Previamente ao planeamento deste estudo de investigação, decorreu um processo que envolveu a pesquisa do estado da arte e evidência científica na área. Assim, foi possível desenvolver a competência D2 - “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”. No entanto, poder-se-á dizer que esta competência foi desenvolvida de forma transversal em todas as atividades desenvolvidas neste estágio, pois todas se basearam num estudo prévio da evidência disponível.

Ainda relativamente às sessões de sensibilização com os profissionais da educação, estas revelaram-se desafiadoras no sentido em que me tive de adaptar enquanto enfermeira ao contexto da comunidade em termos de conhecimentos e recursos, e

desenvolver a consciencialização da influência pessoal na relação profissional, autoconhecimento e assertividade, construindo uma relação de ajuda, atingindo a competência comum D1 – “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”.

4.5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública estão contempladas no regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, sendo as competências major:

“1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

Relativamente à vacinação em contexto de IPSS, após disponibilização das listas de utentes, foram verificados os seus processos a fim de efetuar um levantamento dos que se encontravam elegíveis para a vacinação, de acordo com as normas e orientações em vigor. Todo este processo de planeamento, com avaliação prévia do estado de saúde da comunidade a vacinar (presença de surtos, ou outras comorbilidades que fossem impeditivas da vacinação), contribuiu para o desenvolvimento da competência 1 – “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, bem como da competência 4 – “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

As mesmas competências foram desenvolvidas com o surgimento do caso positivo de tuberculose em que foi necessário um planeamento estratégico, com recurso a protocolos existentes, avaliando o estado de saúde da comunidade afetada através de provas de tuberculina, numa fase inicial. Sendo a tuberculose uma doença de notificação obrigatória o Enfermeiro Especialista desempenha um papel preponderante na sua monitorização a nível local.

Ainda, a participação nas atividades do COSI Portugal também permitiu uma avaliação e monitorização da comunidade escolar relativamente aos hábitos alimentares e, conseqüentemente relativamente à sua saúde, a nível local e nacional, sendo possível a comparação de resultados. Apesar de não ter conseguido acompanhar o processo

completo, entendo que esta atividade também contribuiu para o desenvolvimento das competências acima referidas.

A atividade “Sexualidade e afetos” permitiu adquirir novos conhecimentos sobre educação para a saúde, não apenas transmitindo saberes, mas também incentivar a motivação, o empoderamento e as competências pessoais dos jovens, essenciais para obter melhores ganhos em saúde. Deste modo, considero que alcancei a competência específica 2 – “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”. Também a atividade “Lanches Saudáveis” permitiu o desenvolvimento desta competência pois é da competência do enfermeiro especialista a capacitação da sua comunidade para a adoção de uma alimentação completa, variada e equilibrada, adotando estratégias como: a educação para a saúde, a comunicação em saúde e a divulgação em saúde, junto das crianças e da sua família (Alves, 2019). Neste contexto específico, o enfermeiro deve participar na promoção da saúde junto dos alunos, nas escolas, para que, desde cedo, as crianças compreendam e adotem estilos de vida saudáveis. Alves (2019) refere que a educação para a saúde pode ser alcançada através da realização de sessões de educação individual de saúde que, por sua vez, permitem capacitar as crianças a tomar decisões alimentares mais saudáveis promovendo, assim, um comportamento promotor de saúde.

Ainda dentro da mesma competência, em contexto de ECCI, e apesar dos constrangimentos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve intervir perante grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados (OE, 2018).

Tive a possibilidade de integrar os Programas de Saúde de âmbito comunitário com vista à consecução dos objetivos do PNS, como o PNSE, o Programa Nacional de Vacinação, o Plano de Contingência de Saúde Sazonal, Programa Nacional para a Tuberculose, entre outros, colaborando na promoção, implementação e monitorização das atividades constantes destes Programas de Saúde, dando cumprimento ao desenvolvimento da competência 3 – “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”.

A implementação do projeto PPIPE, proporcionou a realização de vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico através de recolha de dados, capacitação de grupos e comunidades (educadores e professores) para o tema dos maus-tratos infantis, sustentadas num planeamento prévio, intervindo na prevenção dos maus-tratos, proteção e promoção da infância, indo deste modo, ao encontro do preconizado no

regulamento das competências específicas e dando, especificamente, cumprimento à competência 1 – “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, 2 – “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” e 4 – “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

CONCLUSÃO

Este trabalho espelha o que foram estes quase dois anos de formação, em que houve oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na teórica para a prática, desenvolvendo as competências do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, não esquecendo as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública desenvolvidas com a implementação de um projeto de investigação.

Ao longo destes meses de contacto com a prática profissional, tanto na USPBV – Polo de Oliveira do Bairro como na UCCNM, tive oportunidade de refletir acerca de alguns aspetos inerentes aos cuidados de saúde primários. Foi possível compreender a organização dos mesmos e a forma como se articulam entre si. No que concerne aos recursos humanos de enfermagem, tive o privilégio de estagiar em duas unidades funcionais nas quais as dotações seguras são cumpridas, o que facilita o processo de aprendizagem e de prestação de cuidados.

Através da elaboração do projeto de intervenção foi possível recolher dados epidemiológicos relevantes sobre o tema dos maus-tratos infantis. A nível nacional, os estabelecimentos de ensino são as segundas entidades que mais sinalizam situações de perigo (21,09%), porém, no município de Coimbra estes apenas sinalizaram 11,96% dos casos, sendo desta forma o presente estudo uma ferramenta fundamental no diagnóstico das necessidades da população- alvo relativamente aos conhecimentos e atitudes face aos maus-tratos infantis.

Estudar os conhecimentos e atitudes dos educadores e professores face aos maus-tratos infantis é ter a oportunidade de contribuir para a promoção do bem-estar infantil e para a prevenção dos maus-tratos na criança. Foi possível concluir que é indispensável apostar na formação, integrando-a na formação base dos educadores/professores e estimulando-a na formação contínua. As áreas temáticas devem incidir na atuação/procedimentos da sinalização, identificação dos sinais e sintomas de maus-tratos e nas formas de intervenção terapêutica. Estas formações deveriam incluir educadores e professores, mas também ser alargadas a toda a

comunidade escolar por forma empoderar os educadores e professores, em particular, e da comunidade escolar, em geral.

A atividade formativa deve regular-se por abordagens ecológicas e sistémicas que interajam com os fatores inerentes à criança e família e ser levada a cabo por uma equipa multidisciplinar onde o enfermeiro de saúde escolar desempenha um papel fulcral como promotor/educador para a saúde. Não obstante, a família das crianças beneficia com esta rede que se forma entre a saúde e a educação, encarando-a como uma relação de confiança. É, ainda, imprescindível que sejam realizados estudos para avaliação do resultado das formações desenvolvidas.

Foi possível perceber-se que é na tipologia de maus-tratos físicos que os educadores/professores possuem mais conhecimentos e é na tipologia de maus-tratos psicológicos/emocionais que os educadores/professores possuem menos conhecimentos sobre os sinais de suspeita. É ao nível da negligência que mais sinais de suspeita são detetados, e é ao nível dos maus-tratos físicos que os educadores/professores detetaram menos sinais de suspeita. Foi também possível verificar que os educadores e professores apresentam atitudes de concordância face à sinalização dos maus-tratos e discordantes quanto à autoridade parental abusiva e punição física.

Em Portugal são poucos os estudos na área dos maus-tratos infantis e os dados que existem necessitam de atualização. Sugere-se, realizar mais investigação sobre este assunto, de modo que seja realizado um diagnóstico nacional, ou a partir de diagnósticos locais comparar resultados, pois apenas conhecendo a realidade se poderão adotar intervenções eficazes. Neste sentido, seria proveitoso que as escalas utilizadas viessem a incluir o Síndrome de Munchausen por Procuração como uma tipologia de maus-tratos, uma vez que a DGS o reconhece como tal, adaptando-se às orientações nacionais.

Quanto a limitações ao estudo, considera-se o facto de a amostra ser reduzida como um obstáculo à generalização dos resultados obtidos, e o fator tempo um impedimento para implementar o projeto na sua totalidade. Porém, após a realização das sessões de sensibilização e aplicação do instrumento de recolha de dados aos dois grupos de educadores e professores, o número de sinalizações por parte das escolas do agrupamento à CPCJ de Coimbra aumentaram, tal como o número das situações discutidas em parceria com a equipa de saúde escolar da UCCNM, de acordo com o *feedback* fornecido pela equipa da UCCNM. Assim o empoderamento dos

educadores/professores, ainda que apenas em formato de sensibilização, traduziu-se em ganhos em saúde para a comunidade.

É de realçar que o Projeto PPIPE foi apresentado numa das reuniões alargadas da CPCJ de Coimbra, ainda que fora do âmbito do estágio, de forma a dar a conhecer o projeto a esta entidade parceira. Esta considera que o projeto irá colmatar uma das lacunas identificadas também por esta entidade (baixo número de sinalizações de crianças vítimas de maus-tratos por parte dos estabelecimentos de ensino) e que é vantajosa a sua extensão às restantes escolas do município.

Assim, considero que o presente estudo contribuiu de forma significativa para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública sendo que, os objetivos propostos inicialmente foram cumpridos.

Relativamente ao presente Relatório Final de Estágio considero também ter atingido os objetivos iniciais, tendo sido realizada a caracterização dos contextos de estágio, a descrição e reflexão sobre as atividades e experiências durante o estágio e a forma como estas contribuíram para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista. Foi ainda apresentado o Projeto PPIPE que permitiu avaliar os conhecimentos dos educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização.

Deste modo, os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, foram uma mais-valia para o meu enriquecimento profissional e pessoal, pelo que entendo que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro. (2021). Perfil Regional de Saúde – Região Centro. Disponível em: https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/PeRS_Centro_Censos2021.pdf
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2023). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Região Centro – Número de camas em funcionamento. Disponível em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/RNCCI-Centro-N.-Total-Camas-em-funcionamento.pdf>
- Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. (2014). Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/QUEM%20SOMOS/Plano%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20ACES%20BV%202014-2016.pdf>
- Aracena, M., Balladares, E., Román, F. & Weiss, C. (2002). Conceptualización de las pautas de crianza de buen trato y maltrato infantil, en familias del estrato socioeconómico bajo: una mirada cualitativa. *Revista de Psicología*, 11 (2), 39-53.
- Assembleia da República (1997). Lei nº5/1997 de 10 de fevereiro. Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar. *Diário da República nº34/1997, Série I-A* -. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-1997-561219>
- Assembleia da República (1999). Lei nº147/99 de 1 de setembro. *Diário da República nº204/1999, Série I-A*. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>
- Assembleia da República (2009). Decreto-Lei 81/2009 de 2 de abril, Série I. Recuperado de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/81-2009-488301>
- Assembleia da República (2009). Lei nº85/2009 de 27 de agosto. *Diário da República nº166/2009, Série I*. Obtido de: <https://files.dre.pt/1s/2009/08/16600/0563505636.pdf>
- Associação Nacional de Intervenção Precoce (2018). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce: Um Guia Para Profissionais na Infância*. <https://www.anip.pt/guiaebook/>

- Beckmann L. (2019). Exposure to Family Violence and Adolescent Aggression in Multiple Social Contexts: Classroom Social Resources as Moderators. *Journal of Family Violence*, 35, 471-484. doi.org/10.1007/s10896-019-00102-x
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023a). *ACES Baixo Vouga*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023b). *USP Baixo Vouga*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023c). *ACES Baixo Mondego*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023d). *ARS Centro*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (2023e). *UCC Norton de Matos*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Pages/default.aspx>
- Câmara Municipal de Coimbra. (2022). Município, Freguesias. Obtido de <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/municipio/freguesias>
- Câmara Municipal de Oliveira do Bairro. (2023). *Concelho de Oliveira do Bairro*. Disponível em: <https://www.cm-olb.pt/p/concelho>
- Carta Social. (2023). Disponível em: <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Catarino, H. (2009). *Maltrato Infantil: Actitudes y Conocimientos de los Educadores*. Badajoz: Universidad de Extremadura
- Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) (2019). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal – Relatório 2019*. Obtido de: <https://www.insa.min-saude.pt/childhoodobesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2019/>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2006). *CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Comissão Nacional da Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022). *Relatório Anual da Atividade das CPCJ no ano de 2021*. Obtido de: [file:///C:/Users/Adriana/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Anual%20da%20Atividade%20das%20CPCJ%20do%20ano%202021%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Anual%20da%20Atividade%20das%20CPCJ%20do%20ano%202021%20(2).pdf)

- Comissão para a Proteção de Crianças e Jovens de Coimbra (2022). Relatório Anual de Atividades da CPCJ de Coimbra de 2021. CPCJ de Coimbra: Coimbra
- Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável (2015). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Saúde de Qualidade. Obtido de: <https://www.ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/?portfolioCats=24>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Conselho Pedagógico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016). Guia de elaboração de trabalhos escritos. Coimbra, Portugal.
- Crosson-Tower, C. (2003). The role of educators in preventing and responding to child abuse and neglect. USA: Department of Health and Human Services: Office on Child Abuse and Neglect.
- Cunha, S. I. G. (2014). Perceção dos professores do 1º ciclo face ao mau trato infantil. Dissertação para obtenção de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Dahlberg, L. L. & Krug, G. E., (2002). Violência: um problema global de saúde pública. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Organização Mundial de Saúde. Genebra: 2002. Obtido de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Norma 006/2016. Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Obtido de: <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Maus tratos em crianças e jovens guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Obtido de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriançasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. (Norma nº 015/2015). Lisboa: DGS. Recuperado em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2020). Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio. Coimbra, Portugal.

- Feng, J., Huang, T. & Wang, C. (2010). Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.007>
- Figueiredo, M. H.de J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Goebbels, A. F. G., Nicholson, J. M., Walsh, K. & De Vries, H. (2008). Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: behaviour and determinants. *Health Education Research*, 23(6), 941-951. <https://doi.org/10.1093/her/cyn030>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Kenny, M. C. (2004). Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1311-1319.
- Laverack, G., (2008). Empowerment and health promotion programming. *Gesundheitswesen*, 70(12), 736-741. DOI: 10.1055/s-0028-1103259
- Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático para profissionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-989-752-477-6
- Ministério da Educação (2001). Decreto-Lei n.º 241/2001 de 30 de agosto. Diário da República n.º 201/2001, Série I-A. Obtido de: <https://files.dre.pt/1s/2001/08/201a00/55695572.pdf>
- Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de julho. Diário da República nº109/2006, Série I-A. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, Série II. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Ministério da Saúde (2008). Despacho nº31292/2008 de 5 de dezembro. Diário da República n.º 236/2008, Série II. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/31292-2008-975648>

- Ministério da Saúde (2009). Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. Diário da República nº 74/2009, Série II. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Ministério da Saúde (2015). Despacho nº5613/2015 de 27 de maio. Diário da República nº102/2015, Série II. Obtido de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde (2022). Plano Nacional de Saúde 2030. Obtido de: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018. Diário da República n.º 135/2018, Série II. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento 743/2019 de 25 de setembro. Diário da República nº184/2019, Série II. Recuperado de: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019. Diário da República n.º 26/2019 de 6 de fevereiro, Série II. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde – Reduzindo Riscos, Promovendo uma Vida Saudável. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>
- Pimentel, I., Alarcão, M., Alberto, I., & Redondo, J. (2012). Intervenção individual, casal, familiar de orientação sistémica - Uma experiência de trabalho em rede. ISBN: 978-989-95137-4-7
- Pordata. (2020). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-873>

- Pordata. (2021a). *Óbitos por algumas causas de morte*. Disponível em: [https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/municipios/obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)
- Pordata. (2021b). *Hospitais: total e por natureza institucional*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/hospitais+total+e+por+natureza+institucional-247>
- Pordata. (2021c). *População residente segundo os Censos: total e por sexo*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17>
- Pordata. (2021d). *População ativa segundo os Censos: total e por sexo*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+ativa+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-164>
- Pordata. (2022a). *Densidade Populacional*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/densidade+populacional-452>
- Pordata. (2022b). *Taxa Bruta de Mortalidade*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+mortalidade-367>
- Pordata. (2022c). *Taxa Bruta de Natalidade*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+natalidade-366>
- Pordata. (2022d). *Índice de Envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>
- Pordata. (2022e). *Índice de Dependência de Idosos*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+dependencia+de+idosos-461>
- Pordata. (2022f). *Alunos matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/alunos+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar+basico+e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-166>
- Pordata. (2022g). *Alunos matriculados no ensino superior: total e por sexo*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+sexo-305>
- Pordata. (2022h). *Farmácias e postos farmacêuticos móveis*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/farmacias+e+postos+farmaceuticos+moveis-252>

- Pordata. (2022i). *Estabelecimentos nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: por nível de ensino*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/estabelecimentos+nos+ensinos+pre+escolar++ba+sico+e+secundario+por+nivel+de+ensino-213>
- Pordata. (2022j). *Estabelecimentos de ensino superior: total e por subsistema de ensino*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/estabelecimentos+de+ensino+superior+total+e+por+subsistema+de+ensino-335>
- Pordata. (2022k). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>
- Relvas (2004). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. 3a ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Rodrigues, S.C.S. (2013). *O processo de implementação da auditoria interna numa Autarquia Local. Estudo de caso: câmara municipal de Porto Novo*. Instituto Superior de Ciências Económicas e Empresariais. Mindelo. Acedido em outubro de 2014, em http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2599/1/TFC_Sandra%20Silva%20Rodrigues.pdf
- Schols, M.W., de Ruiter, C. & Öry, F.G. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health* 807(13). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>
- Stanhope, M. (1999). *Teorias e Desenvolvimento Familiar*. In Stanhope, M. & Lancaster, J. (org.), *Enfermagem Comunitária* (4.ª edição – pp. 492-517). Lisboa: Lusociência.
- União Europeia (2016). *Regulamento 679/2016*. Obtido de: https://www.sg.pcm.gov.pt/media/38093/rgpd_regulamento.pdf
- Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos (UCCNM) (2021). *Relatório de Atividades 2021*. UCCNM: Coimbra, Portugal.
- Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. (2019). *Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga*. Aveiro, Portugal.
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wright, & Leahey. (2009). *Nurses and Families- A guide to family assesment and intervention*. Philadelphia: Davis Company, 5 ed

XXII Governo Constitucional. (2020). Guia de intervenção integrada junto de crianças ou jovens vítimas de violência doméstica. Recuperado de <https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads/2021/06/Guia-de-Intervencaointegradajunto-de-criancas-ou-jovensvitas-de-violencia-domestica.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - Programas/Projetos de Intervenção Ativos na USPBV por área funcional

Área funcional		Programas/Projetos
Planeamento e gestão em saúde		Observatório Local de Saúde
		Investigação
Vigilância e investigação epidemiológica		Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de notificação obrigatória
		Programa nacional de vacinação
		Sanidade marítima internacional – Porto de Aveiro
	Saúde Ambiental	Vigilância sanitária de água para consumo humano
		Vigilância sanitária de piscinas
		Vigilância sanitária de estabelecimentos termais
		Vigilância sanitária de oficinas de engarrafamento
		Vigilância sanitária de zonas balneares
		Vigilância sanitária de estabelecimentos de ação social
		Programa de gestão de resíduos hospitalares
		REVIVE - rede nacional de vigilância de vetores
		Plano de Saúde Sazonal - Módulo Verão e Módulo Inverno
		Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da Legionella
		Programa de segurança alimentar em cantinas
Prevenção da doença, promoção e proteção da saúde	Saúde escolar	Saúde escolar
	Saúde oral	Programa nacional de promoção de saúde oral
	Prevenção de acidentes	Programa nacional de prevenção de acidentes
	Programa nacional para promoção da alimentação saudável	Programa MINOR.SAL Projeto “SOPA.COME”
		Programa MINOR.SAL Projeto “PÃO.COME”
Programa nacional para prevenção e controlo do tabagismo	Consulta de cessação tabágica	

	Programas prioritários: infecção VIH / SIDA e tuberculose	Programa "Diz não a uma seringa em segunda mão"
		Consulta de Centro de Diagnóstico Pneumológico
Autoridade de saúde		
Formação		Formação interna e externa
Outros planos, programas e serviços com gestão/intervenção dos profissionais da USP		Plano estratégico do baixo carbono e programa de eficiência energética
		Programa de segurança e saúde do trabalho/ saúde ocupacional
		Programa nacional de luta contra a tuberculose
		PPCIRA
		Consulta do viajante - centro de vacinação internacional de Aveiro

Fonte: USPBV, 2019

ANEXO II – Projetos de Intervenção Comunitária da UCCNM

Área de intervenção	Projeto	Público-Alvo
Saúde materna e obstétrica	“Momentos Únicos” – da conjugalidade à parentalidade	Família grávida/ Grávidas a partir das vinte e oito semanas de gestação, inscritas no CSNM; puérperas inscritas nos CS do ACeSBM
	Mãos Mágicas – Curso para Pais sobre Massagem Infantil	Pais com bebés dos 0 – 12 meses inscritos no CSNM e, preferencialmente, que frequentaram o programa “Momentos Únicos”
	“Pingos de amor” – cantinho da amamentação, promoção do aleitamento materno	Puérperas que pretendem estabelecer e ou manter o aleitamento materno, inscritas no CSNM
	“Cheguei”, entre laços – formação parental	Pais que frequentaram o projeto “Momentos Únicos”; Pais inscritos no CSNM e outros do ACeSBM
Saúde Infantil e Juvenil	“Semirreta” – sistemas de retenção	Grávidas, pais e famílias após a alta da maternidade do recém-nascido; comunidade escolar para adoção de comportamentos seguros no uso do meio de transporte
	“Flash” – consulta de atendimento a jovens	Jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos de idade, de qualquer área geográfica que se dirijam ao CSNM e a residir temporariamente no Concelho de Coimbra.
	SNIPi	Famílias do distrito de Coimbra, cujas crianças dos 0 aos 6 anos apresentem atraso de desenvolvimento, associado ou não a deficiência, ou risco ambiental
	NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Crianças e jovens em risco, dos 0-18 anos de idade ou até aos 21 anos se o jovem assim o desejar, da área de abrangência da UCCNM
Saúde escolar - PNSE	Saúde oral	Pré-escolar e 1º ciclo do parque escolar da UCCNM
	Prevenção de obesidade infantil	Alunos das Escolas EB 1 de Vendas de Ceira, Vale das Flores, Norton de Matos, Areeiro, Torres de Mondego, EB2,3 Ceira e EB 2,3, Dra. Alice Gouveia
	+ Contigo	Alunos do 3º ciclo do parque escolar da UCCNM
	Animadamente	Pré-escolar e 1º ciclo do parque escolar da UCCNM I
	Sexualidade e Afetos	Alunos das escolas do parque escolar da UCCNM a partir do 9º ano
	(E)DUQUE/SATELITE – gabinete de apoio ao aluno	Alunos das Escolas EB 2,3 de Ceira e EB 2,3 Dra. Alice Gouveia.
Saúde do adulto/ saúde do idoso	“Consulta de Cessação Tabágica”	Todos os utentes do CSNM, principalmente aqueles que expressem vontade de deixar de fumar
	“Grupo V!!!/PIR/EPVA” - Projeto de Ação na Área da Violência	Mulheres que frequentam a consulta de planeamento familiar nas unidades funcionais do CSNM, no caso do “Grupo V!!!”, enquanto o “EPVA”, destina-se a toda a população
	“Reabilitar para a vida, reabilitar a Comunidade”	População inscrita no CSNM, que sejam portadores de limitação funcional ou de doença osteoarticular com necessidade de cuidados de reabilitação, que sejam

		sinalizados pelas equipas de saúde familiar e hospital
	“Anos de Vida Q(ualidade)” Envelhecimento Ativo	População inscrita no CSNM com mais de 65 anos.
	“ALZh`AMIGO”	Cuidadores formais e informais do concelho de Coimbra que presta cuidados a utentes com demência
	Casa Segura para Idosos - Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas	População inscrita no CSNM com mais de 65 anos.
Saúde mental e psiquiatria	Projeto desvendar – consulta de enfermagem em saúde mental	Utentes inscritos no CSNM com patologia do foro mental esquizofrenia e seus familiares, profissionais de saúde do CSNM e a população em geral.
ECCI	ECCI	População inscrita no CSNM até ao limite de dez utentes dependentes
	(A)braços com quem cuida	Todos os idosos dependentes e seus cuidadores informais/familiares inscritos no CSNM.
	Poeira das Estrelas	Cuidadores informais em processo de luto
Área da Saúde Ocupacional	Para cuidar, cuide-se	Colaboradores do CSNM
Projetos extra com intervenções pontuais	Saúde em Rede	Utentes inscritos no CSNM
	Coimbra Unida pelo Coração	Projeto aberto a toda a comunidade
	Coimbra a Brincar (Gincana da Saúde)	1º ciclo das escolas do parque escolar da UCCNM

Fonte: Relatório Anual de Atividades da UCCNM (2021)

ANEXO III - "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil"

	Encontrou	É suspeita
A criança:		
Vem para a escola com roupas sujas ou significativamente pequenas ou grandes para ela ou a precisarem de arranjo		
Parece estar inadequadamente vestida para o tempo		
Parece estar sempre com fome, esconde ou rouba comida, mas vem para a escola com pouca comida própria		
Aparece descuidada e cansada com pouca energia relacionada com ausência de rotinas na hora de deitar Refere muitas vezes tomar conta dos irmãos mais novos		
Demonstra ter pouca higiene, cheira a fezes ou urina ou tem mau hálito ou dentes sujos ou cariados		
Parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição		
Tem falta de vigilância médica ou problemas dentários tais como feridas infetadas ou cáries ou abscessos dentários		
Rouba, vandaliza ou exhibe outros comportamentos delinquentes		
Falta à escola frequentemente		
Chega atrasado à escola frequentemente		
Tem um relacionamento pobre com os seus pares		
Foge ao contacto físico		
Solicita a atenção insistentemente		
Demonstra comportamentos destrutivos ou belicosos		
Demonstra não ter sentimentos de culpa perante os seus atos		
Exibe baixa autoestima		
Tem um diagnóstico de distúrbios da conduta/comportamento		
Tem dificuldade na resolução de problemas		
Tem uma variedade de problemas escolares (por ex.: dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)		
A criança tem:		
Contusões (lesões) extensas especialmente em áreas do corpo que não são normalmente vulneráveis		

Contusões (lesões) de diferentes cores, indicando vários estádios de cicatrização		
Contusões (lesões) frequentes na cabeça ou face, abdómen ou entre o punho e o cotovelo		
Contusões (lesões) frequentes nos joelhos, pernas e cotovelos com localização em áreas pouco prováveis de acontecer em quedas		
Lesões, de diferentes formas, como impressões palmares ou fivelas de cinto		
Marcas que indicam golpes graves com objetos como fio elétrico ou marcas de chicote à volta do corpo		
Contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções		
Hemorragias abdominais inexplicáveis (i.e. causadas, por hemorragia interna e que podem ser observadas pela descoloração da pele ou pelos hematomas - nódos negros)		
Extrema sensibilidade à dor		
Graves marcas de peladas por puxões de cabelo		
Marcas de mordidas de adultos		
Queimaduras, especialmente de objetos como cigarros, ferros ou outros		
Lesões (feridas) para as quais as explicações dadas são inadequadas		
A criança exhibe algumas vezes:		
Afetos inapropriados tais como comportamentos negativos perante gracejos ou gargalhadas quando tem dor		
Comportamentos extremados maníaco-depressivos (alterna a extrema alegria com a depressão)		
Afastamento – ausência de comunicação verbal ou física com os outros		
Comportamentos autodestrutivos (ex.: automutilação como cortar as veias, braços ou pernas)		
Comportamento geral destrutivo (ideação ou tentativas de suicídio)		
Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes		
Crueldade para com os outros		
Vandalismo, roubo ou viciarice		
Enurese ou incontinência em idade em que este comportamento é inadequado		
Abuso de substâncias (álcool e drogas em geral)		
Distúrbios alimentares (anorexia, bulimia)		

Sintomas/manifestações físicas frequentes como dor de dentes ou dor de cabeça ou inexplicáveis alterações de peso		
A criança tem:		
Dificuldade em andar ou sentar		
Queixas de irritação genital ou anal, dor ou hemorragias		
Tem com frequência doenças psicossomáticas (doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais, nervosismo, depressão)		
Vomita frequentemente sem causa orgânica		
Engravidada na adolescência		
Manifesta ter doenças sexualmente transmissíveis		
Apresenta ou manifesta corrimento anormal		
Conhecimentos sexuais inapropriados para a idade		
Jogos sexuais explícitos com os colegas		
Extrema condescendência ou afastamento ao contacto físico		
Agressividade evidente		
Um medo anormal de homens (ou mulheres)		
Comportamentos extremamente sedutores		
Um baixo desempenho escolar ou a súbita recusa em participar nas atividades escolares		
Problemas em adormecer ou pesadelos		
Choro sem provocação		
Molhar ou sujar subitamente as calças ou a cama		
Comportamentos fóbicos (pânico, pavor) súbitos		
Sentir-se inferiorizado		
Sentimentos de desvalorização do trabalho ou discursos de perda		
Aparência de mais velho ou com aspeto mundano relativamente aos seus pares		
Tentativas ou ideias de suicídio		
Tentativas frequentes de fugir de casa		
Crueldade com os animais (especialmente com os de estimação)		

Fonte: Catarino (2009)

ANEXO IV - “Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMtI)”

		Discordo Totalmente	Discordo	Não nem discordo Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	O castigo físico é uma forma de educar					
2	Os pais têm poder absoluto sobre os filhos					
3	A educação da criança pressupõe a exigência do cumprimento rígido de normas impostas pelos pais					
4	O trabalho educa a criança					
5	A liberdade da criança é um fator de perversão					
6	A criança deve obedecer incondicionalmente aos pais					
7	Para educar as crianças é preciso disciplina					
8	O castigo educa a criança					
9	A relação entre pais e filhos apenas a eles diz respeito					
10	Os educadores só se devem preocupar em ensinar os conteúdos programáticos					
11	Bater na criança é sinal que os pais se preocupam com ela					
12	Os maus tratos infantis só acontecem nas famílias desfavorecidas economicamente					
13	Um palmetada dos pais não é mau trato infantil					
14	Na educação dos filhos, os pais têm sempre razão					
15	Há que dominar precocemente a voluntariedade da criança para que esta seja obediente					
16	Os adultos dizem o que é justo e injusto pela criança					
17	A punição física é uma forma de educação					
18	Os pais têm o direito de educar as crianças como acharem melhor					
19	O conselho de turma deve reunir para solucionar a situação quando há sinais de mau trato infantil					
20	Os educadores devem registar as evidências dos maus tratos para serem apresentadas como prova					
21	Os educadores devem perceber o que se passa com a criança sem que esta se aperceba					
22	As escolas devem ter um guia para formalizar a denúncia					
23	Na presença de mau trato devo denunciar à direção da escola					

24	Perceber o que se passa com a criança é fundamental					
25	Devo alertar a segurança social e o tribunal de família e menores, quando a situação de negligência é continuada e o diálogo com os pais não resulta					
26	Compete aos educadores denunciarem as situações de mau trato às entidades competentes					

Fonte: Catarino (2009)

ANEXO V – Autorização para Utilização das Escalas



Adriana Ventura

Utilização da Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMti)

7 mensagens

Adriana Ventura <

6 de outubro de 2022 às 10:10

Para: I

Exma. Professora Doutora Helena Catarino,

O meu nome é Adriana Ventura e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Sílvia Silva e coorientação da Professora Cristina Veríssimo.

Nesta fase do curso preconiza-se a realização de Estágio com Relatório sendo que, a minha área de interesse se prende com os Conhecimentos dos Professores do 1º ciclo Relativamente aos Maus Tratos em Crianças. Assim, pretendo avaliar os conhecimentos dos professores no que concerne aos maus tratos em crianças, de modo a obter um diagnóstico da população alvo.

O estágio irá decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, em Coimbra, sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Marisol Castelo-Branco.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a sua permissão para a utilização da escala de *Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMti)*, que criou para a sua tese de doutoramento.

Aceito desde já qualquer informação adicional que possa ser uma mais valia para o meu trabalho e comprometo-me a partilhar consigo os resultados obtidos.

Certa da melhor apreciação pelo exposto, aguardo o seu parecer.

Adriana Ventura

Helena da Conceição Borges Pereira Catarino <

12 de outubro de 2022 às 10:29

Para: A

Cc: "

Bom dia,
Cara Mestranda

É com todo o gosto que a autorizo a utilizar as escalas que validei no âmbito do meu doutoramento.

Da leitura que fiz do seu email, solicita a autorização para utilizar a Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAteMti), mas refere também que pretende "avaliar os conhecimentos dos professores no que concerne aos maus tratos em crianças, de modo a obter um diagnóstico da população alvo."

Tendo em conta que que a escala de atitudes não avalia os conhecimentos, utilizei a "*Educators' Checklist for Recognizing Possible Child Maltreatment*", utilizada nos Estados Unidos da América (Crosson-Tower, 2003) que traduzi e adaptei ao contexto português, sendo validado por peritos no que respeita à língua e ao conteúdo.

Esta lista é composta por 69 asserções relativas aos quatro conjuntos tipológicos em que se definem os maus tratos quanto à sua natureza e que constitui uma lista de verificação de possível mau trato da criança para reconhecimento do educador, em relação a cada uma das tipologias e na globalidade, utilizando como referencia estatística as médias do total dos conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus tratos e de cada um dos quatro conjuntos tipológicos (conhecimentos sobre os sinais de suspeita de maus tratos físicos, psicológicos, sexuais e de negligência).

A tese está em open Access em: <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/592>

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Votos de sucesso no seu trabalho de investigação e no seu mestrado.

Adriana Ventura <

7 de dezembro de 2022 às 12:00

Para

Cc: 1

Exma. Senhora Professora Helena Catarino,

Mais uma vez agradeço a autorização concedida para utilização da Escala de Atitudes dos Educadores face ao Mau trato Infantil (EAtEMti) e que, no meu entendimento, a autorização se estendia também à "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil", versão portuguesa (do original "Educators' Checklist for Recognizing Possible Child Maltreatment"). Após o parecer da Comissão de Ética da UICISA, esta recomenda que seja formalizada a sua autorização relativamente à utilização da "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil", pelo que venho solicitar a autorização formal da sua parte para a sua aplicação no âmbito já explanado anteriormente.

Certa da sua melhor apreciação pelo exposto e aguardando uma resposta breve.
Apresento os meus melhores cumprimentos,

Adriana Ventura

[Citação ocultada]

Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

9 de dezembro de 2022 às 09:50

Para

Cc: 1

Bom dia

Cara Mestranda Adriana Ventura

Autorizo que utilize a versão portuguesa da "*Educators' Checklist for Recognizing Possible Child Maltreatment*" de Crosson-Tower (2003), que traduzi, adaptei ao contexto português e validei e que designei por "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil" .

Continuação de de bom trabalho.

Os meus cumprimentos,

Helena Catarino, *MSc, PhD*
Professora Coordenadora
Departamento de Ciências de Enfermagem



ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer Nº 916/10-2022

Título do Projeto: PPIPE – Promoção para a Proteção da Infância por Profissionais da Educação

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Adriana Isabel Mendes Ventura

Filiação Institucional: Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Investigador Responsável/Orientador: Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva e Cristina Maria Figueira Veríssimo

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Os maus tratos e o impacto que isso causa na criança, considerando as lesões físicas, psicológicas e sociais foram o mote para este projeto.

Este será um estudo do tipo descritivo transversal, cujo objetivo geral será "avaliar os conhecimentos dos educadores do ensino pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico sobre os maus tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização". Os objetivos específicos são:

- Avaliar a autoperceção dos educadores e professores sobre o seu nível de conhecimento sobre maus tratos a crianças;
- Identificar as razões para os educadores e professores não denunciarem situações de maus tratos a crianças;
- Avaliar os conhecimentos dos educadores e professores sobre maus tratos infantis;
- Identificar as dimensões dos conhecimentos sobre maus tratos a crianças em que os educadores e professores apresentam maiores lacunas;
- Avaliar a concordância nas atitudes dos educadores e professores face à sinalização dos maus tratos perpetrados na criança.

A data prevista de início e término da colheita de dados estava programada para dezembro de 2022, pelo que a proponente terá de adaptar as datas à emissão do presente parecer, isto é, o parecer só será efetivo após a data de comunicação.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnFC)

A investigadora garante a confidencialidade e anonimato através da codificação de cada questionário, com a salvaguarda ainda da possibilidade do participante cessar em qualquer momento e sem prejuízo a sua colaboração.

No final do processo de investigação, a proponente menciona que os questionários serão destruídos, "sendo que todos os dados serão armazenados em computador pessoal com chave de acesso e apenas serão acedidos pelo investigador principal, professora orientadora, professora coorientadora e enfermeira tutora".

Foi pensado o formulário de consentimento informado.

Não existem custos ou danos para os participantes e os benefícios estão diretamente relacionados com os objetivos do estudo.

A investigadora efetuou o registo para a "Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar" da Direção Geral da Educação na submissão original e encontrava-se a aguardar o parecer.

Entretanto, a investigadora, no seguimento do envio do ofício por parte desta Comissão para a prestação de esclarecimentos, relativamente ao parecer da Monitorização de Inquéritos em Meio escolar (MIME) da Direção-Geral da Educação referiu que a mesma deu parecer negativo no sentido de não ser da sua competência essa autorização, mas sim do agrupamento de escolas conforme melhor se expõe pela transcrição aqui aposta: "*(...) informa-se que a Direção-Geral da Educação não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/ programas de intervenção / formação /sensibilização/capacitação/workshops, ateliers, em meio escolar, em contexto de sala de aula, dadas a autonomia e competências da Escola não Agrupada/Agrupamentos de Escolas, nos domínios da orientação e organização pedagógica e planificação curricular, da gestão e planificação estratégica, entre outras. (...)*".

Relativamente ao restante conteúdo foram solicitados diversos esclarecimentos que aqui se expõem numerados com a respetiva justificação por parte da proponente:

1. "a autorização para utilização de instrumentos da autoria de terceiros é sempre de apresentação mandatória" - resposta da proponente: foi adicionado ANEXO IIa referente à autorização para utilização da "Checklist para reconhecimento do educador de possível mau trato infantil";

2. "a investigadora refere que os questionários serão aplicados em formato de papel mas refere a determinada altura que "sendo que todos os dados serão armazenados



COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

em computador pessoal com chave de acesso e apenas serão acedidos pelo investigador principal, professora orientadora, professora coorientadora e enfermeira tutora"; face ao exposto pretende-se saber pormenorizadamente como decorrerá a colheita e armazenamento de dados até à sua destruição." – resposta da proponente: *"Os questionários em papel serão armazenados na posse da investigadora e destruídos após a conclusão do estudo. A base de dados, anonimizada, será armazenada em computador pessoal com chave de acesso e apenas serão acedidos pela investigadora principal, professora orientadora, professora coorientadora e enfermeira tutora. Todos os registos são confidenciais e serão destruídos após a conclusão do estudo."*

3. "o formulário de consentimento informado deverá conter os elementos essenciais de garantia de participação ou desistência a qualquer momento, concretamente e-mail (que consta) e número de telefone" – resposta da proponente: Alterado no formulário de consentimento informado (ANEXO IV), foi acrescentado o nº de telemóvel da investigadora.

4. "não foi anexada a autorização das entidades onde decorrerá o estudo" - resposta da proponente: Atualização do ANEXO I. Autorização do Agrupamento de Escolas atualmente já obtida.

5. "qual o papel da enfermeira tutora no desenvolvimento e do estudo e respetiva autorização da entidade que representa nesse sentido de participação, e porque é que tem de ser essa enfermeira a designar a amostra;" – resposta da proponente: *"Atendendo ao tempo disponível de estágio e prazos estipulados para realização do Estágio com Relatório, entendemos que a nossa população serão os Educadores do Ensino Pré-Escolar e Professores do 1º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul, da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, local onde a investigadora realiza o seu Estágio. O Agrupamento de Escolas Coimbra Sul tem 11 educadores de infância e 31 professores e pretende-se aplicar o instrumento de recolha de dados à totalidade da população."*

6. "Explicitar o que significa a frase: de realçar que a Enfermeira Marisol Castelo Branco é Enfermeira de Saúde Escolar, possuindo uma relação de proximidade com o Agrupamento de Escolas Coimbra Sul e, é o elemento representante da área da saúde na CPCJ de Coimbra" – resposta da proponente: *"Esta informação foi retirada uma vez que a Enfermeira Marisol Castelo Branco é Enfermeira de Saúde Escolar, possuindo uma relação de proximidade com o Agrupamento de Escolas Coimbra Sul e, é o elemento*

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

representante da área da saúde na CPCJ de Coimbra". suscetível de ser mal interpretada. O papel da enfermeira Marisol Castelo-Branco é o de tutora durante o Estágio com Relatório e, naturalmente, de cooperação no projeto a desenvolver."

Face ao exposto, e às alterações apresentadas, o presente parecer pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:



Data: 22/12/2022 O Presidente da Comissão de Ética:

Helia Flomena Bokello

ANEXO VII - Autorização do Agrupamento de Escolas para Implementação do Projeto

Pedido Autorização para aplicação de questionários

5 mensagens

Adriana Ventura <

8 de novembro de 2022 às 12:24

Para:

Cc:

Exma. Sra. Diretora do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul Dra. Amélia Pais,

O meu nome é Adriana Ventura e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Sílvia Silva e coorientação da Professora Cristina Veríssimo.

Nesta fase do curso preconiza-se a realização de Estágio com Relatório sendo que, pretendo avaliar os conhecimentos dos educadores do ensino pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico sobre os maus tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização, de modo a obter um diagnóstico da população alvo.

O estágio irá decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, sob orientação tutorial da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Marisol Castelo-Branco.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a sua permissão para a aplicação do questionário, que segue em anexo, aos educadores do ensino pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico do seu agrupamento de escolas.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Certa da melhor apreciação pelo exposto, aguardo o seu parecer.

Atentamente,

Adriana Ventura

Maria Pais <

7 de dezembro de 2022 às 13:25

Para: A

Cc: I

Cara Adriana:

É com muito gosto que este AE estará disponível para colaborar neste seu projeto.

Com elevada estima,
Amélia Pais

[Citação ocultada]

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de Recolha de Dados

Conhecimentos dos Educadores do Ensino Pré-Escolar e dos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico de um Agrupamento de Escolas da Zona Centro sobre maus tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização.

Este questionário destina-se a avaliar os conhecimentos dos Educadores do Ensino Pré-Escolar e Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização. Encontra-se dividido em 3 partes, nomeadamente: Caracterização sociodemográfica e profissional; Conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis; Atitudes dos educadores/professores face aos maus-tratos infantis. Deve responder à totalidade das 16 questões conforme instruções no seu enunciado.

Na condição de ser Educador do Ensino Pré-Escolar ou Professor do 1º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul, vimos convidá-lo a fazer parte deste estudo de investigação, integrado no Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, da estudante Adriana Ventura.

Objetivo do estudo: este estudo tem como objetivo avaliar os conhecimentos dos Educadores do Ensino Pré-Escolar e Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico sobre os maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização. A sua participação não é obrigatória, no entanto é fundamental para se atingir os objetivos propostos pelo estudo, relativamente a um tema da maior importância para os profissionais de saúde e de educação e para as crianças com quem lidam. As respostas a fornecer serão apenas utilizadas com este objetivo académico, garantindo-se confidencialidade e anonimato, com a salvaguarda da possibilidade de, por vontade do participante, cessar em qualquer momento a sua participação sem qualquer prejuízo. Todos os registos são confidenciais e serão destruídos após a conclusão do trabalho.

Caso decida participar, pedimos-lhe que leia e responda afirmativamente ao seguinte Consentimento Informado:

“Compreendi a informação que me foi fornecida acerca da participação no estudo de investigação. Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada versou os

objetivos do estudo. Tenho o direito de recusar em qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me, ainda, assegurado que os registos serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.”

- **Depois de informado das condições da investigação acima referidas, declaro que fiquei esclarecido e aceito participar nesta investigação de forma voluntária.**

Parte I: Caracterização sociodemográfica e profissional

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

- Masculino
- Feminino

3. Estado civil:

- Solteiro
- Casado/União de facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo

4. Habilitações académicas:

- Bacharelato ou equivalente legal
- Licenciatura ou equivalente legal
- Mestrado
- Doutoramento

5. Profissão:

- Educador(a) de infância
- Professor(a) do 1º ciclo

6. Tempo de exercício profissional como educador/professor: _____ anos

Parte II: Conhecimentos dos educadores/professores sobre maus-tratos infantis

7. Numa escala de 1 a 5, indique o grau do seu conhecimento sobre maus-tratos infantis(coloque um círculo à volta do algarismo).

1 (Nenhum conhecimento) 2 3 4 5 (Muito conhecimento)

8. Em algum momento teve formação sobre maus-tratos infantis?

- Sim
- Não

9. Durante a sua atividade profissional já contactou com alguma criança vítima de maus-tratos?

- Sim
- Não (Se respondeu “não”, por favor, passe para a questão 13)

10. Se contactou, sinalizou a criança às entidades competentes?

- Sim
- Não

11. Se não denunciou a situação, identifique com um (X) o motivo pelo qual não o fez. Pode seleccionar mais do que um motivo. Se seleccionar “outro”, por favor, descreva qual.

- Intervenção bem-sucedida junto da família
- Por desconhecer a situação Ausência de provas
- Situação considerada “normal” pelos envolvidos
- Incapacidade pessoal para a resolução
- Não competia denunciar
- Situação já sinalizada
- Resolução da situação no âmbito da escola
- Por defesa pessoal
- Outro. Qual? _____

12. Selecione com (X) os fatores de risco/causas que identificou nas situações com que contactou. Pode seleccionar mais do que um fator de risco/causa. Se seleccionar “outro”, por favor, descreva qual.

- Comportamento antissocial da criança
- Omissão de cuidados Insucesso escolar

- Agressão física
- Exposição a comportamentos desviantes
- Abandono/Absentismo escolar
- Baixa autoestima da criança
- Abuso sexual
- Agressão psicológica
- Exploração do trabalho infantil
- Prejuízo para o bem-estar físico e emocional
- Deficiência mental
- Consumo de substâncias
- Criminalidade
- Gravidez na adolescência
- Disfunção familiar
- Consumo de substâncias
- Fatores económicos
- Baixo nível sociocultural
- Disfunção afetiva
- Abandono familiar
- Violência
- Comportamento antissocial da família
- Doença psiquiátrica
- Exclusão social
- Risco de criminalidade (Gang)
- Outro. Qual? _____

13. Não contactou com uma situação de maus-tratos infantis durante o seu exercício profissional, porém se contactasse sinalizaria a criança às autoridades competentes?

- Sim (Se respondeu “sim”, por favor, passe para a questão 15)
- Não

14. Selecione com (X) os motivos/razões pelos quais não sinalizaria a criança. Pode seleccionar mais do que um motivo/razão. Se seleccionar “outro”, por favor, descreva qual.

- Medo de represália
- Denunciaria sempre

- Prejuízo para a criança
- Incredibilidade na resolução da situação
- Ausência de provas
- Certeza na avaliação da situação
- Competência dos superiores hierárquicos/autoridades
- Desconhecimento da situação
- Desconhecimento da entidade a quem denunciar
- Outro. Qual? _____

15. Nas seguintes afirmações, tendo presente a sua experiência profissional e considerando a faixa etária dos seus alunos, assinale, com (X), no 1º quadrado as situações que encontrou no desenvolvimento da sua atividade profissional e no 2º quadrado as que considera serem sinais de suspeita de maus tratos:

	Encontrou	É suspeita
A criança:		
Vem para a escola com roupas sujas ou significativamente pequenas ou grandes para ela ou a precisarem de arranjo		
Parece estar inadequadamente vestida para o tempo		
Parece estar sempre com fome, esconde ou rouba comida, mas vem para a escola com pouca comida própria		
Aparece descuidada e cansada com pouca energia relacionada com ausência de rotinas na hora de deitar Refere muitas vezes tomar conta dos irmãos mais novos		
Demonstra ter pouca higiene, cheira a fezes ou urina ou tem mau hálito ou dentes sujos ou cariados		
Parece emagrecida ou tem o abdómen distendido indicativo de malnutrição		
Tem falta de vigilância médica ou problemas dentários tais como feridas infetadas ou cáries ou abscessos dentários		
Rouba, vandaliza ou exhibe outros comportamentos delinquentes		
Falta à escola frequentemente		
Chega atrasado à escola frequentemente		
Tem um relacionamento pobre com os seus pares		

Foge ao contacto físico		
Solicita a atenção insistentemente		
Demonstra comportamentos destrutivos ou belicosos		
Demonstra não ter sentimentos de culpa perante os seus atos		
Exibe baixa autoestima		
Tem um diagnóstico de distúrbios da conduta/comportamento		
Tem dificuldade na resolução de problemas		
Tem uma variedade de problemas escolares (por ex.: dificuldades de aprendizagem, da atenção, dificuldade de compreensão ou expressão linguística)		
A criança tem:		
Contusões (lesões) extensas especialmente em áreas do corpo que não são normalmente vulneráveis		
Contusões (lesões) de diferentes cores, indicando vários estádios de cicatrização		
Contusões (lesões) frequentes na cabeça ou face, abdómen ou entre o punho e o cotovelo		
Contusões (lesões) frequentes nos joelhos, pernas e cotovelos com localização em áreas pouco prováveis de acontecer em quedas		
Lesões, de diferentes formas, como impressões palmares ou fivelas de cinto		
Marcas que indicam golpes graves com objetos como fio elétrico ou marcas de chicote à volta do corpo		
Contusões (lesões) em múltiplas partes do corpo indicando pancadas de diferentes direções		
Hemorragias abdominais inexplicáveis (i.e. causadas, por hemorragia interna e que podem ser observadas pela descoloração da pele ou pelos hematomas - nódos negros)		
Extrema sensibilidade à dor		
Graves marcas de peladas por puxões de cabelo		
Marcas de mordidas de adultos		
Queimaduras, especialmente de objetos como cigarros, ferros ou outros		
Lesões (feridas) para as quais as explicações dadas são inadequadas		
A criança exhibe algumas vezes:		
Afetos inapropriados tais como comportamentos negativos perante gracejos ou gargalhadas quando tem dor		

Comportamentos extremados maníaco-depressivos (alterna a extrema alegria com a depressão)		
Afastamento – ausência de comunicação verbal ou física com os outros		
Comportamentos autodestrutivos (ex.: automutilação como cortar as veias, braços ou pernas)		
Comportamento geral destrutivo (ideação ou tentativas de suicídio)		
Dificuldades de concentração ou leitura de novos materiais ou atenção compulsiva pelos detalhes		
Crueldade para com os outros		
Vandalismo, roubo ou vigarice		
Enurese ou incontinência em idade em que este comportamento é inadequado		
Abuso de substâncias (álcool e drogas em geral)		
Distúrbios alimentares (anorexia, bulimia)		
Sintomas/manifestações físicas frequentes como dor de dentes ou dor de cabeça ou inexplicáveis alterações de peso		
A criança tem:		
Dificuldade em andar ou sentar		
Queixas de irritação genital ou anal, dor ou hemorragias		
Tem com frequência doenças psicossomáticas (doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais, nervosismo, depressão)		
Vomita frequentemente sem causa orgânica		
Engravidada na adolescência		
Manifesta ter doenças sexualmente transmissíveis		
Apresenta ou manifesta corrimento anormal		
Conhecimentos sexuais inapropriados para a idade		
Jogos sexuais explícitos com os colegas		
Extrema condescendência ou afastamento ao contacto físico		
Agressividade evidente		
Um medo anormal de homens (ou mulheres)		
Comportamentos extremamente sedutores		
Um baixo desempenho escolar ou a súbita recusa em participar nas atividades escolares		
Problemas em adormecer ou pesadelos		
Choro sem provocação		
Molhar ou sujar subitamente as calças ou a cama		
Comportamentos fóbicos (pânico, pavor) súbitos		

Sentir-se inferiorizado		
Sentimentos de desvalorização do trabalho ou discursos de perda		
Aparência de mais velho ou com aspeto mundano relativamente aos seus pares		
Tentativas ou ideias de suicídio		
Tentativas frequentes de fugir de casa		
Crueldade com os animais (especialmente com os de estimação)		

Parte III: Atitudes dos educadores/professores face aos maus-tratos infantis

16. Esta parte do questionário é composta por um conjunto de atitudes que os educadores/professores podem ter perante os maus-tratos infantis. Perante as crianças ou jovens vítimas de maus tratos, lidamos de forma diferente. Assinale com uma cruz (x) as que melhor descrevem a sua maneira de pensar.

		Totalmente Discordo	Discordo	Não nem Concordo discordo	Concordo	Totalmente Concordo
1	O castigo físico é uma forma de educar					
2	Os pais têm poder absoluto sobre os filhos					
3	A educação da criança pressupõe a exigência do cumprimento rígido de normas impostas pelos pais					
4	O trabalho educa a criança					
5	A liberdade da criança é um fator de perversão					
6	A criança deve obedecer incondicionalmente aos pais					
7	Para educar as crianças é preciso disciplina					
8	O castigo educa a criança					
9	A relação entre pais e filhos apenas a eles diz respeito					
10	Os educadores só se devem preocupar em ensinar os conteúdos programáticos					
11	Bater na criança é sinal que os pais se preocupam com ela					

12	Os maus tratos infantis só acontecem nas famílias desfavorecidas economicamente					
13	Um palmetada dos pais não é mau trato infantil					
14	Na educação dos filhos, os pais têm sempre razão					
15	Há que dominar precocemente a voluntariedade da criança para que esta seja obediente					
16	Os adultos dizem o que é justo e injusto pela criança					
17	A punição física é uma forma de educação					
18	Os pais têm o direito de educar as crianças como acharem melhor					
19	O conselho de turma deve reunir para solucionar a situação quando há sinais de mau trato infantil					
20	Os educadores devem registar as evidências dos maus tratos para serem apresentadas como prova					
21	Os educadores devem perceber o que se passa com a criança sem que esta se aperceba					
22	As escolas devem ter um guia para formalizar a denúncia					
23	Na presença de mau trato devo denunciar à direção da escola					
24	Perceber o que se passa com a criança é fundamental					
25	Devo alertar a segurança social e o tribunal de família e menores, quando a situação de negligência é continuada e o diálogo com os pais não resulta					
26	Compete aos educadores denunciarem as situações de mau trato às entidades competentes					

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE II - Apresentação das sessões de sensibilização com o tema “Maus-tratos Infantis”

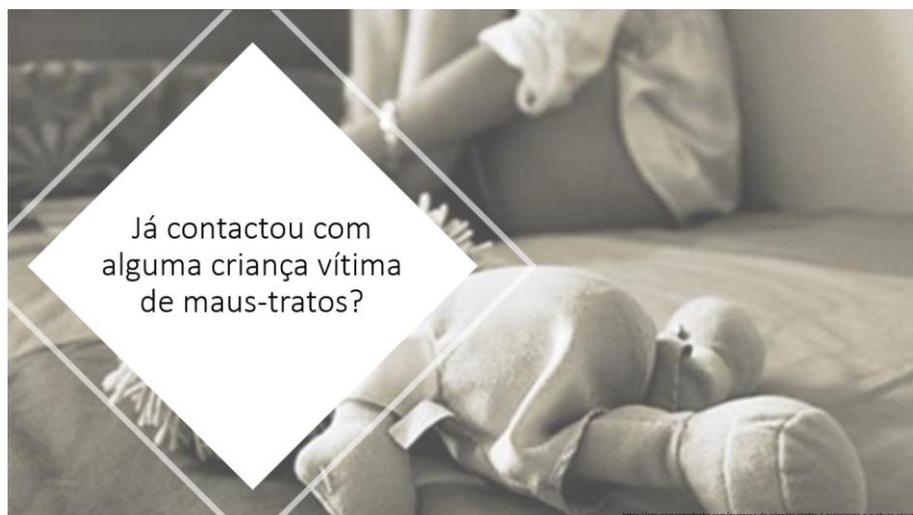


Logos for UCCNN and the Portuguese National Institute for Child Protection (Instituto Nacional de Protecção da Infância) are in the top left corner. The background image shows a young girl with her hands on her head, looking distressed.

Projeto PPIPE – Promoção para a Protecção da Infância por Profissionais da Educação

Conhecimentos dos educadores do pré-escolar e professores do 1º ciclo sobre maus-tratos infantis e as suas atitudes face à sinalização

Enfermeira Especialista Marisol Castelo-Branco
Enfermeira Adriana Ventura



The background image shows a child's hands holding a teddy bear. A large white diamond shape is overlaid on the image.

Já contactou com alguma criança vítima de maus-tratos?

Tipos de maus-tratos



Conceitos de Risco e Perigo

Risco

- Nas situações de risco a atuação circunscreve-se à sua superação e evitar eclodir para uma situação de perigo. Prevenção primária

Perigo

- Constitui perigo para a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança. A principal intervenção é remover o perigo

(CNPDPCC, s.d.)

Sinais e sintomas de maus-tratos infantis...

<https://www.menti.com/alikj356dz9v>



Tipologia das situações de perigo

Abandono

- Fome habitual, falta de proteção, necessidade de cuidados de higiene e saúde, feridas e doença, roupa não adequada à estação

Negligência

- Vacinas em atraso, doença, feridas, acidentes domésticos de repetição, criança entregue a si própria sem supervisão durante longos períodos, fome, roupa não adequada à estação

Abandono escolar

- Inexistência de matrícula no sistema de ensino, cessação da frequência das atividades escolares

Maus tratos físicos

- Feridas, queimaduras, mordeduras, fraturas, cortes, sinais de tentativa de asfixia

<https://www.jornalavoz.com.br/?p=2123>

(CNPDPCC, 2018)

Tipologia das situações de perigo

Maus tratos psicológicos

- Comportamentos de rejeição, privação de relações interpessoais, necessidade de emocionais e de estimulação ignoradas

Abuso sexual

- Dificuldade em sentar ou andar, sangue na zona genital, tristeza, dificuldade em lidar com o corpo, isolamento, conhecimentos sexuais desadequados, insucesso escolar, comportamentos auto e hetero destrutivos

Prostituição infantil

Pornografia infantil

(CNPDPJ, 2018)

Tipologia das situações de perigo

Exploração do trabalho infantil

- Criança inibida de participar em atividades sociais e académicas próprias da idade

Exercício abusivo de autoridade

- Criança inibida de participar em atividades sociais e académicas próprias da idade e nível de desenvolvimento, invasão de privacidade, a criança não expressa ideias e opiniões

Mendicidade

Exposição a modelos de comportamento desviante

- Dificuldades de socialização, apatia, hiperatividade, tristeza, discurso/comportamentos desadequados, auto e hetero agressividade

(CNPDPJ, 2018)

Tipologia das situações de perigo

Corrupção de menores

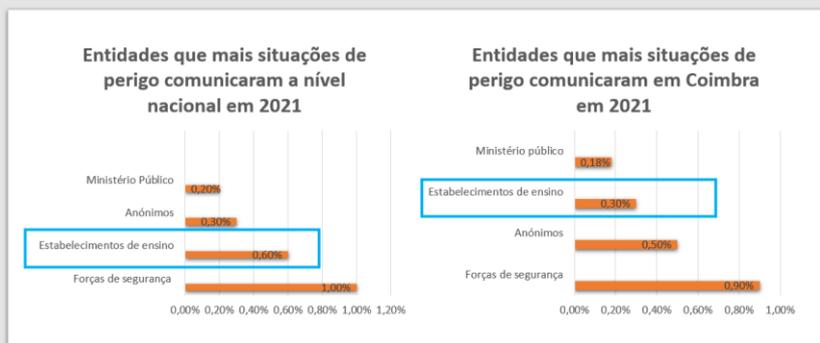
Prática de facto qualificado como crime por criança com idade igual ou inferior a 12 anos

Uso de estupefacientes Ingestão de bebidas alcoólicas

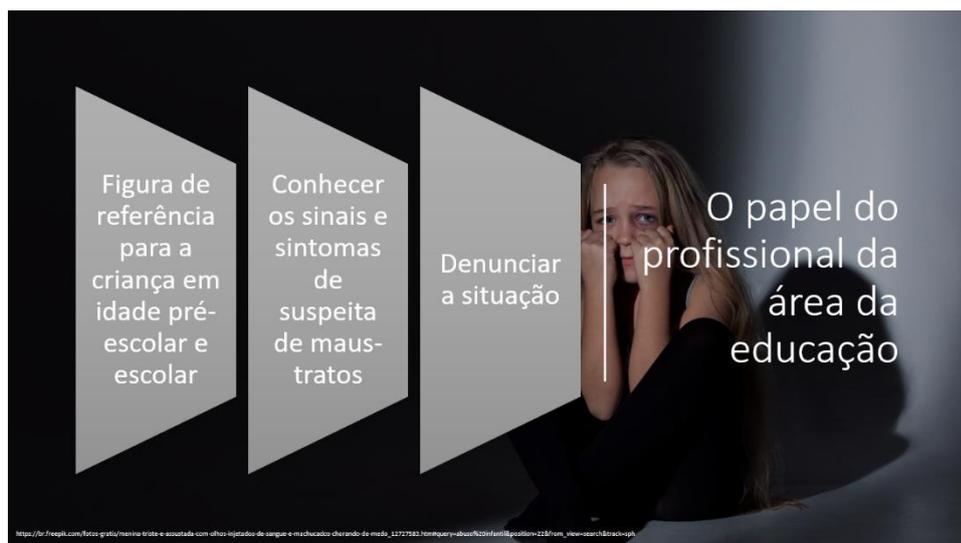
Problemas de saúde

(CNPDPJ, 2018)

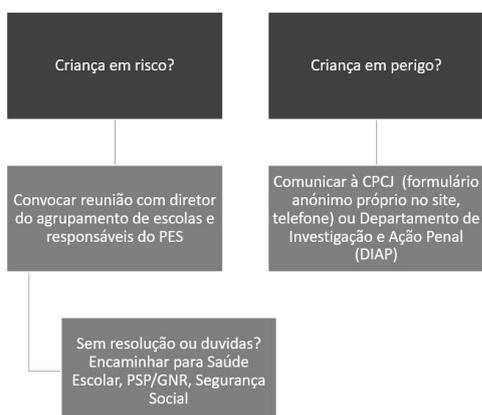
Entidades que mais sinalizam



(CNPDPCCJ, 2022; PORDATA, 2021)



Processo de sinalização



(CNPDPCCJ, 2018)



<https://www.youtube.com/watch?v=yq3z9msqri0g&t=2s>



Avaliação da sessão

<https://www.pakistan.com.pk/education/feelingspecification-of-the-herbarium-student-04-2017/>



(CPNDPCJ, 2021)



Gratas pela atenção dispensada!

Enfermeira Especialista Marisol Castelo Branco
Enfermeira Adriana Ventura

APÊNDICE III - Plano de sessão “Maus-tratos infantis”



PLANO DE SESSÃO

Tema: “Conhecimentos dos Educadores do Ensino Pré-Escolar e dos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico de um Agrupamento de Escolas da Zona Centro sobre maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização”

Enfermeiros responsáveis: Enfermeira Especialista Marisol Castelo-Branco (UCC Norton de Matos), Enfermeira Adriana Ventura

População Alvo: educadores do ensino pré-escolar e professores do 1º ciclo do ensino básico do Agrupamento de Escolas Coimbra Sul

Local: via plataforma Zoom

Dia/hora: 23 de janeiro de 2023 pelas 16h00; 25 de janeiro de 2023 pelas 17h30

Duração: 1h10

Objetivos da sessão:

- Sensibilizar os profissionais da educação para a deteção de maus-tratos infantis e respetiva sinalização às entidades competentes;
- Aplicação de questionário para avaliar os Conhecimentos dos Educadores do Ensino Pré-Escolar e dos Professores do 1º Ciclo sobre maus-tratos a crianças e as suas atitudes face à sinalização.

Tema	Conteúdos	Duração	Metodologia	Recursos
Início da Sessão	Acolher educadores, professores e apresentação de objetivos da sessão	5 minutos	Expositiva	Computador, sessão Power Point, questionário em Google Forms, plataforma Zoom, plataforma Mentimeter
Questionário	Preenchimento de questionário via Google Forms. Enviado link	10 minutos	Interrogativa	

	através de “bate papo” da plataforma Zoom			
Apresentação	Apresentação dos participantes e resposta à questão “já contactou com algum caso de maus-tratos infantis?”	20 minutos	Expositiva e interrogativa	
Tipos de maus-tratos	Apresentação dos 4 tipos de maus-tratos	5 minutos	Expositiva	
Conceitos de risco e perigo	Definição dos conceitos de risco e perigo	5 minutos	Expositiva	
Tipologia das situações de perigo - sinais e sintomas de maus-tratos em crianças	Mentimeter – “nuvem de palavras” Apresentação de sinais de suspeita de maus-tratos	10 minutos	Expositiva e interrogativa	
Maus-tratos infantis – realidade nacional e local	Retrato dos dados epidemiológicos relativos às entidades que mais sinalizam maus-tratos infantis comparativamente com os estabelecimentos de ensino. Comparação das sinalizações a nível nacional e a nível local pré e pós pandemia por COVID-19	5 minutos	Expositiva	
O papel do profissional da educação	O papel do educador/professor perante situação de maus-tratos infantis; apresentação do vídeo “Bruised”	5 minutos	Expositiva	

Avaliação da sessão e considerações finais	Mentimeter para avaliação da satisfação; Agradecimento pela participação	5 minutos	Interrogativa e expositiva	
--	--	-----------	----------------------------	--

APÊNDICE IV - Formulário de Avaliação das sessões de sensibilização sobre maus-tratos infantis

Avaliação da sessão

adriana.adrventura@gmail.com [Mudar de conta](#) 

 Não partilhado

* Indica uma pergunta obrigatória

Nível de pertinência do tema da sessão *



- Totalmente impertinente
- Pouco pertinente
- Pertinente
- Muito pertinente
- Totalmente pertinente

Nível de satisfação relativamente à sessão *



- Totalmente insatisfeito(a)
- Pouco satisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)
- Totalmente satisfeito(a)

Estaria interessado em frequentar formação na área dos maus tratos infantis? *



- Sim
 - Não
-

APÊNDICE V - Plano de sessão “Quebra-Cabeças musical”



PLANO DE SESSÃO

Designação da atividade: “Quebra-Cabeças Musical”

Enfermeiros responsáveis: Adriana Ventura

População Alvo: Utentes do Grupo Anos de Vida (Q)

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos

Dia/hora: 6 de fevereiro de 2023 pelas 15 horas

Duração: 1h

Objetivo da sessão:

- Estimulação de área cognitiva

Recursos: recursos materiais - mesas, cadeiras, projetor, computador, coluna de som; recursos humanos: Enfermeira dinamizadora

Descrição da Atividade: Saudação a todos os presentes na sala, de modo a criar um ambiente de proximidade entre participantes e dinamizadora. Serão expostas as regras integrantes da atividade e os objetivos da mesma.

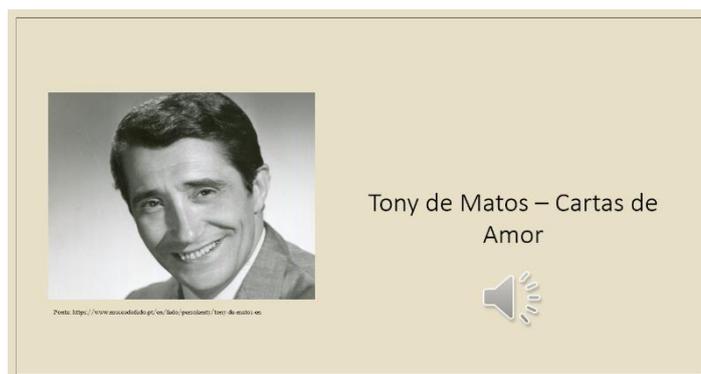
À vez, cada participante tentará adivinhar uma canção através de imagens que serão expostas através de uma apresentação PowerPoint®. De seguida, o grupo terá oportunidade de ouvir a música correspondente.

1

ÁREA	DOMÍNIO	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	OBJETIVOS/RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
COGNITIVA	Orientação Memória Atenção Linguagem Funções executivas	- Elucidar os utentes sobre as regras e objetivos da atividade; - Estimular a capacidade de memória a curto prazo (memorização das regras), atenção (velocidade de processamento) e concentração; - Estimular a linguagem (compreensão e nomeação); - Estimular a capacidade de realizar funções executivas	Que os utentes sejam capazes de: - Compreender regras estruturantes da atividade; - Expor oralmente dúvidas ou questões sobre a atividade; - Demonstrar atenção e interesse do início ao fim da atividade; - Demonstrar capacidade de reconhecer músicas através de imagens elucidativas; - Concretizar funções executivas inerentes à atividade	O/A utente: - Apreende regras da atividade e é capaz de as reproduzir oralmente quando questionado; - Demonstra atenção e concentração até ao <i>terminus</i> da atividade; - Observa as imagens e consegue associar a uma música; - Realiza funções executivas

2

APÊNDICE VI - Apresentação da atividade “Quebra-cabeças musical”



MÚSICA 2



Foto: Wagner Rocha, 2011
<http://www.comunicacao.com.br/imagens/2011/02/22/22112011>

Artista? Nome da música?



Foto: <http://www.comunicacao.com.br/imagens/2011/02/22/22112011>

Vitorino – Menina estás à janela



MÚSICA 3



Foto: <http://www.comunicacao.com.br/imagens/2011/02/22/22112011>

Artista? Nome da música?



Foto: <http://www.comunicacao.com.br/imagens/2011/02/22/22112011>

Paulo de Carvalho – E depois do adeus



MÚSICA 6



Fonte: <https://www.esperagas.pt/CASAS-PRÉ-FABRICADAS-PORTUGAL/PRT048025-3048025.html>



Fonte: <https://www.getty.com/photos/18321778202/1832480581>

Artista? Nome da música?



Fonte: <https://www.owasa.pt/~/media/OWASA/amalia-rodrigues-100-anos>

Amália Rodrigues – Uma Casa Portuguesa



MÚSICA 7



Fonte: <https://dicasocasa.pt/blog/ta-boa-para-cada-tipo-de-casal-ao-da-dos-casamentos/>



Fonte: <https://www.tccmgm.com.br/blog/como-administrar-o-tempo-da-empresa/>

Artista? Nome da música?



Fonte: <https://www.ign.up.pt/2014/06/12/cultura-antonio-variacoes-morta-aos-20-anos/>

António Variações – Canção do Engate



MÚSICA 10



Fonte: <https://iuiert.com.br/blog/como-criar-detalhe-de-um-tipo-de-interior-e-dar-o-carater-de-um-como-para-viver-de-pande/>



Fonte: <https://escolas.casas.com.br/arte/arte-que-e-necessario-ter-confusa-para-a-pande/>

Artista? Nome da música?



Fonte: <https://www.oxias.pt/~/media/CPA/Amalia-Rodrigues-100-anos>

Amália Rodrigues – Nem às paredes confesso



MÚSICA 11



Fonte: <https://www.istockphoto.com/br/vestra/rel%C3%B3gio-de-parede-redondo-branco-montado-16-bouton-incluido-gm1254559982-56665937>



Fonte: <https://www.nature.com/imagos/esta-passaro-para-descobrir-em-setembro-e-outubro-no-jardim-palmeiras/>

Artista? Nome da música?



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=OZQubXozw0>

TABU – Eu ouvi o passarinho



MÚSICA 12



Fonte: <https://www.ingapost.com.br/blog/legenda-agulha-dedo-pare-e-margarina/>



Fonte: <https://vestalibros.com.br/produto/dedal-metabolica-costas/>

Artista? Nome da música?



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Beatriz_Costa

Beatriz Costa – A agulha e o dedal



MÚSICA 13



Fonte: <http://www.achooz.com/2014/07/oliveira-oliva-origem.html>



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Serra_da_Serra_da_Estrela

Artista? Nome da música?



Fonte: <http://www.ouso.pt/~art/CP/Alia%20Rodrigues-100.html>

Amália Rodrigues –
Oliveirinha da Serra



MÚSICA 14



Fonte: <https://www.porvovoz.com/pt/s-logia-est8oda/>



Fonte: <https://artedobastante.com/pt/esta-pau-reta/352-esto-de-cogamdo-da-viva-hina/>

Artista? Nome da música?



Fonte: <https://www.encomia.pt/sociedade/detalhe/o-estmo-amor-dagua-fresca-da-centos-dina-que-marco-os-portugueses>

Dina – Amor D'água fresca



MÚSICA 15



Fonte: <https://constanciaalbuquerque.com/2012/04/>



Fonte: <https://capmazzina.pt/2017/10/25/ao-bazelo-e-o-riachao/>



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Beatriz_Costa

Beatriz Costa – Aldeia da roupa
branca

