

Liliana Filipa Vieira Eiras Alves

Negligência e Maus-tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Liliana Filipa Vieira Eiras Alves

Negligência e Maus-tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Liliana Filipa Vieira Eiras Alves

Negligência e Maus-tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros.

A aluna

“Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
integrante dos requisitos para obtenção do
grau de licenciatura em Enfermagem”

Porto, 2015

Sumário

A questão da violência é identificada como sendo de difícil detecção pelo grau de subjetividade e complexidade que abrange, devendo ser analisada por inumeráveis aspectos. A violência exercida sobre crianças tem muitas causas e acontece em diferentes estratos sociais e as suas consequências físicas e psicológicas são feridas para toda a vida.

A criança é um Ser em constante crescimento, desenvolvimento e mudança. Esta mudança sendo necessária e útil, implica sempre um risco, pois inevitavelmente esta passará por um período de alguma incerteza e fragilidade. Segundo Ajuriaguerra e Marcelli (1991), essa fragilidade “será tanto maior quanto maior forem os múltiplos parâmetros que regulam ou desregulam essa mudança”.

O propósito deste estudo é analisar este fenômeno na perspectiva do enfermeiro que presta cuidados à criança vítima de negligência e maus-tratos e explorar a importância das experiências profissionais de um grupo de enfermeiros que trabalham num Serviço de Pediatria e se deparam no seu dia-a-dia com crianças nesta situação.

Os resultados obtidos permitiram-nos concluir que é mais frequente a negligência do que os maus-tratos, que se devem à falta de competências parentais e que os enfermeiros entendem que necessitam de mais formação para lidar com este problema.

Conceitos-chave: Criança, Direitos da criança, Enfermeiro/Enfermeiro especialista, Parentalidade, Negligência e Maus-Tratos.

Abstract

Violence is known to be hard to detect thanks to the subjectivity and complexity that defines it and must be analysed taking several aspects in regard. Violence against children and their physical and psychological consequences are injurious for life.

The child is a human being in constant growth, development and change. This necessary and useful change always implies a risk, because it'll inevitably go through a time of some uncertainty and frailty. According to Ajuriaguerra and Marcelli (1991), that frailty "will be as big as the parameters that adjust or disadjust that change".

The goal of this study is to analyse this phenomenon through the nurse's eyes, who cares for the child, victim of negligence and ill-treatment, and to explore the importance of the professional experiences of a group of nurses who work at the pediatric service and come across this situation in their everyday.

The results obtained allowed us to conclude that negligence is more frequent than ill-treatment, that those are due to the lack of parenting skills and that nurses understand they need more professional training to deal with this issue.

Keywords: Child, Child's rights, Nurse/Specialized nurse, Parenthood, Negligence and Ill-treatment.

Dedicatória

Aos meus pais, à minha irmã, ao meu filho e restante família pelo constante encorajamento, motivação e apoio que me ofereceram, indispensáveis para concluir a Licenciatura em Enfermagem, sendo esta etapa, uma das mais importantes da minha vida.

Agradecimentos

A elaboração deste documento de investigação não seria possível sem o empenho e dedicação tanto da minha parte como de determinadas pessoas.

Estou muito grata à Enfermeira Amélia José por ter aceitado a responsabilidade de orientar este projeto de investigação. Sem os seus vastos conhecimentos e experiência, não me teria sido possível abordar este tema. Agradeço o seu saber, apoio e dedicação, ao longo desta jornada constituindo para mim uma fonte inspiradora.

Os meus agradecimentos dirigem-se também para todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria, pelo seu contributo para a realização da parte empírica deste trabalho.

A minha sincera gratidão a todas as pessoas que colaboraram na distribuição e preenchimento dos questionários e em especial à Enfermeira Teresa Cruz, pela sua disponibilidade e persistência.

Os meus agradecimentos dirigem-se também para os meus pais que me proporcionaram estudar na Universidade Fernando Pessoa e me incentivaram e encorajaram ao longo deste percurso, mesmo nos momentos de maior desânimo. À minha irmã e meu filho um agradecimento especial pelo tempo que não partilhei com eles, por tudo quanto ficaram privados durante o período de elaboração deste trabalho.

Por último, e não menos importantes a todos quanto de uma forma ou de outra contribuíram para a viabilização deste projeto de investigação.

Pensamento

“A investigação em enfermagem e o desenvolvimento pessoal e profissional que ela permite têm diante de si um futuro promissor, desde que saibam manter-se no caminho de uma verdadeira perspectiva de CUIDAR”

Walter Hesbeen

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

IAC - Instituto de Apoio à Criança

UNICEF - United Nations Children's Fund

CNPCJ - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

SIP - Saúde Infantil e Pediátrica

OMS - Organização Mundial de Saúde

NHACJR - Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

CS - Centros de Saúde

ECMIJ - Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude

UFP - Universidade Fernando Pessoa

% - Percentagem

Índice

0. Introdução	15
1. Fase Conceptual	18
1.1. Definição do tema e justificação do tema	18
1.2. Problema de Investigação.....	19
1.3. Questão de partida.....	20
1.4. Questões de Investigação	20
1.5. Revisão Bibliográfica.....	21
i. Criança, um Ser com Direitos	21
ii. Enfermeiro Vs Enfermeiro Especialista.....	23
iii. Intervenção dos enfermeiros nos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.....	23
iv. Parentalidade	25
v. Maus-tratos a crianças e jovens/ Tipologia	25
vi. Instituições de apoio à criança vítima de Negligência e Maus-Tratos.....	31
1.6. Objetivos da investigação.....	34
1.6.1. Objetivo geral:.....	34
1.6.2. Objetivos específicos:.....	34
2. Fase Metodológica	35
2.1. Desenho de investigação	35
2.1.1. Tipo de estudo	35
2.1.2. População-alvo, amostra e processo de amostragem	36
2.1.3. Instrumento de recolha de dados e pré teste.....	37

2.1.4. Tratamento e apresentação dos dados	38
2.2. Salvaguarda dos princípios éticos	38
3. Fase Empírica.....	40
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	40
3.2. Caracterização da Amostra.....	40
3.3. Análise dos resultados.....	41
3.3.1. Dados Quantitativos	42
3.3.2. Dados Qualitativos	47
3.4. Discussão dos resultados.....	54
4. Conclusão.....	56
Referências Bibliográficas	58
Referências Bibliográficas seguidas através da Internet	59

ANEXOS

ANEXO I- Instrumento de recolha de dados /Apresentação e Instruções

Índice de quadros

Quadro nº 1 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Negligência (2011)	27
Quadro nº 2 - Alguns sinais e sintomas indicadores de maus-tratos físicos (2011).....	28
Quadro nº 3 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Abuso sexual (2011)	29
Quadro nº 4 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos Psicológicos/Emocionais (2011)	30
Quadro nº 5: Categorias e Subcategorias	47
Quadro nº 6 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Evidências.....	48
de Negligência e Maus-tratos”	48
Quadro nº 7 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Défice de.....	51
competências parentais”	51
Quadro nº 8 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Falta de	53
Formação”	53

Índice de gráficos

Gráfico nº 1 – Qual a tipologia de maus-tratos mais frequente no serviço onde trabalha?... 42	42
Gráfico nº 2 – Considera que atualmente existem em Portugal mais casos de crianças vítimas de negligência e maus-tratos?	43
Gráfico nº 3 - É frequente o internamento de crianças vítimas de negligência e maus- tratos no serviço onde trabalha?.....	44
Gráfico nº 4 – Em sua opinião os pais que negligenciam ou maltratam crianças, foram também eles vítimas de negligência e maus-tratos?	45
Gráfico nº 5 – Entende que o país tem os recursos necessários para ajudar estas crianças? 46	46

0. Introdução

O presente documento insere-se no plano de estudos da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no Porto. De modo a concluir esse plano e como parte integrante do 4.º ano da Licenciatura realizou-se o presente Projeto de Graduação, tendo a autora elegido a temática, “**Negligência e Maus-tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros**”.

A seleção deste tema prende-se com o interesse da autora por esta temática motivado pelo aumento dos casos de negligência e maus-tratos a crianças e pela preocupação com a sua denúncia e prevenção enquanto profissional de saúde. É nosso entendimento que estes casos devem ser divulgados para que a sociedade se torne consciente de que os maus-tratos a crianças são um flagelo que deve ser denunciado e combatido por todos e de modo muito especial pelos profissionais de saúde que devem ser, nesta problemática, advogados do superior interesse da criança.

Na atualidade, a noção de risco na infância é frequentemente referida, apesar de não ser clara, tanto no que concerne à sua origem como ao seu conteúdo e contornos.

Na verdade, o risco traduz uma relação implícita com algo não desejado, uma situação ou conduta que vê a sua probabilidade aumentada devido à presença de certos fatores, ditos eles próprios, de risco.

De acordo com Machado (1996), a evidência histórica indica para o facto de os Maus-Tratos sempre existiram, sendo aceites e ignorados até à segunda metade do século XIX, porque a criança era um ser sem direitos, vista como um adulto em miniatura e que era considerada propriedade dos pais.

É durante os finais do século XIX e no decorrer do século XX, com o aparecimento de instituições, leis e costumes, que a criança passa a ver reconhecidos os seus direitos e os pais as suas responsabilidades, (Rodrigues,1994 cit. in Silva,1997).

A Comunidade Internacional só despertou para a problemática da defesa e proteção da criança após a 2ª Guerra Mundial. A tipologia de maus-tratos primeiramente a ser reconhecida foi os maus-tratos físicos, na década de 60, presumivelmente por serem os

mais perceptíveis. Mas Cicchetti et Olse, na década de 70, iniciaram uma investigação sobre maus-tratos psicológicos.

Quando se fala de crianças suspeitas de serem vítimas de negligência e maus-tratos supostamente parece que todos somos capazes de identificar o problema. Contudo, quem tem que lidar com esta realidade, defronta-se muitas vezes com o dilema de ser capaz ou não, de sinalizar, diagnosticar e intervir, nos casos de risco e/ou perigo.

Segundo Knutson et alli., (1991) frequentemente a negligência e maus-tratos aparecem associados à pobreza e a famílias carenciadas, mas existem muitos casos de famílias vivenciando situações de problemas económicos, sociais, e desemprego que conseguem ser afetuosos e cuidar bem dos seus filhos sendo por isso, falso afirmar que os maus-tratos a crianças só acontecem em classes baixas ou economicamente desfavorecidas.

Em Portugal, o peso de várias formas de velha ou nova pobreza (em recursos materiais ou escolares), afeta largas parcelas de cidadãos. Conjugado com a falta de equipamentos e de serviços de apoio à família, assume um relevo singular na criação de terrenos de risco, em termos de mau trato infantil (Almeida et al, 2002).

Mas de acordo com a mesma autora, é abusivo estabelecer uma relação direta entre a instabilidade familiar e os maus-tratos. No caso das classes sociais mais elevadas, como refere Alberto (2004), “as famílias conseguem suportar todas as necessidades materiais das crianças, mas, por vezes, esquecem-se das relações afetivas, de amor e carinho”, (...) ou como afirmam Machado e Gonçalves (2002), os maus-tratos são realizados de um modo “mais subtil, sem marcas aparentes”, isto é, sobretudo, ao nível emocional/psicológico.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), a investigação em enfermagem torna-se cada vez mais importante, pois é considerada,

“Um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”.

A autora considera de grande importância o estudo e análise desta temática pois, teve oportunidade de estar em contacto com esta realidade no âmbito da prestação de cuidados

de enfermagem no decorrer do ensino clínico de Enfermagem Pediátrica. Isto permitiu-lhe observar algumas crianças sujeitas a negligência e maus-tratos, bem como os sentimentos dos Enfermeiros que cuidavam destas crianças. Esta realidade provocou na autora, uma grande inquietação, a qual suscitou a realização do presente trabalho.

Temos como objetivo geral para o presente trabalho, saber como é que os enfermeiros olham para a situação das crianças vítimas de negligência e maus-tratos, internadas no serviço de pediatria onde prestam cuidados.

Numa primeira abordagem, situa-se o enquadramento teórico e conceptual do problema apresentando os vários tipos de maus-tratos, assim como os sinais e sintomas que sugerem que uma criança poderá estar a ser vítima de abuso.

Na segunda parte deste trabalho, levamos a cabo uma investigação exploratória, através de um questionário anónimo onde se pediu a um grupo de enfermeiros de um Serviço de Pediatria, que descrevessem as suas vivências com crianças vítimas de negligência e maus-tratos.

Por fim, na terceira parte deste estudo, apresentamos e analisamos os dados obtidos, tendo optado pelo método qualitativo e quantitativo de modo a obter os resultados que vão de encontro ao nosso problema de partida.

1. Fase Conceptual

No decurso desta fase, segundo Fortin (2006, p.49) “ o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso”. Com o objetivo de chegar a uma conclusão clara e organizada do objetivo deste estudo, iremos recorrer a uma forma ordenada de formular ideias, documentá-las e analisá-las, que consiste em definir os elementos de um problema.

Em suma, na fase conceptual verificam-se quatro etapas essenciais, que o investigador não pode desprezar: 1) a escolha e formulação do problema de investigação; 2) a revisão da literatura adequada, no sentido de delimitar melhor o tema de estudo; 3) a elaboração de um quadro de referência, ou seja, “as bases teóricas ou conceptuais sobre as quais apresentará a sua investigação” (Fortin, 2006, p.51) e 4) a enumeração das questões de investigação, dos objetivos e das hipóteses.

1.1. Definição do tema e justificação do tema

Ao iniciar um trabalho de investigação, é necessário selecionar o tema a pesquisar. Segundo Fortin (2009, p.67),

“o tema de investigação é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.

Este pode estar relacionado, não só com preocupações intrínsecas do investigador, como também preocupações sociais ou teóricas. Esta etapa é sem dúvida das mais relevantes do processo de investigação pois influencia todas as demais.

Existem dois fatores que intervêm na escolha de um tema para o projeto de investigação, sendo eles: os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos. Os primeiros estão relacionados com a afetividade em relação a um tema ou alto grau de interesse pessoal, o tempo disponível para a realização do trabalho a que nos propomos e às limitações do investigador em relação ao tema ambicionado. Os fatores extrínsecos estão relacionados com o significado do tema escolhido, a sua oportunidade, os seus valores académicos e sociais, o limite de tempo para a conclusão do trabalho, assim como, o material de consulta e dados necessários ao investigador.

“O investigador deve escolher um tema relativo a um problema geral que necessita de uma investigação sistemática”. (Fortin, 2006, p. 49)

Posto isto, e depois de alguma reflexão e fruto da preocupação com os direitos das crianças, o tema para este trabalho surgiu. O impacto que os maus-tratos a crianças têm no dia-a-dia da nossa sociedade, é apontado como uma das principais preocupações que devem ser consideradas pela população de um país de acordo com o provérbio que muitas vezes reiteramos mas sem entender o seu verdadeiro alcance “ as crianças de hoje são o futuro de amanhã”.

Por se tratar de um problema de ordem política e social, desperta inquietações nos profissionais de saúde que cuidam das vítimas. Sendo Portugal um país da União Europeia onde de acordo com dados dos Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco foram sinalizados entre os anos de 2008 e 2013, 35 000 casos de crianças vítimas de negligência e maus-tratos, entendemos que se justifica o estudo do seguinte tema:

“Negligência e Maus-Tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros”.

1.2. Problema de Investigação

De acordo com Fortin (2009),

“ um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável”.

A motivação para a escolha deste tema, deve-se ao facto de este tema suscitar à autora bastante interesse e inquietação. Para se encontrar um problema de investigação é necessário previamente ter alguma informação sobre a área que se quer estudar para depois se despoletar uma ou mais questões de investigação, às quais se pretende dar resolução com o estudo.

Assim sendo, o nosso problema de investigação é: como é que os Enfermeiros que cuidam de crianças vítimas de negligência e maus-tratos olham para esta problemática.

1.3. Questão de partida

A pergunta de partida é definida por Quivy e Campenhoudt (2008, p.31-32) como a fase “(...) através da qual o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor”.

Assim definiu-se como pergunta de partida a seguinte: O que pensam os Enfermeiros sobre a situação de Negligência e Maus-tratos vivenciados pelas crianças?

1.4. Questões de Investigação

Segundo Fortin (2009, p.72)

“Uma questão de investigação é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe”.

A questão de investigação é aquela pergunta a que não se consegue dar resposta com o conhecimento presentemente disponível, nesta pergunta deve-se indicar os passos que devem ser seguidos pelo investigador até à sua resposta. No entanto, é preciso que o investigador anule o enigma, introduzindo no seu lugar alguma outra variável que o substitua. Esta tarefa requer o uso de pelo menos duas competências do pesquisador: o seu domínio do conhecimento disponível e a sua imaginação criativa ou capacidade de estabelecer relações entre factos e situações observados ou aprendidos.

Deste modo, e baseada nos pressupostos anteriormente referidos as questões de investigação são:

- Quais são os casos mais frequentes de negligência e maus-tratos que aparecem no serviço onde trabalham?
- Será que os Enfermeiros consideram que os pais que hoje maltratam e negligenciam as suas crianças, foram também eles vítimas de maus-tratos e negligência?
- Será que os enfermeiros consideram que no nosso país existem atualmente mais casos de crianças vítimas de negligência e maus-tratos?

- Na opinião dos enfermeiros, quais os motivos que levam os pais a serem negligentes?
- Para o enfermeiro quais são os sinais que o alertam para a possibilidade de uma criança estar a ser negligenciada ou maltratada?
- Será que os enfermeiros entendem que deveria existir mais formação sobre a deteção e encaminhamento destas situações?

1.5. Revisão Bibliográfica

De acordo com Santos, (2012)

“A revisão da literatura, também chamada revisão bibliográfica, estado da arte ou estado do conhecimento, visa demonstrar o estágio atual da contribuição académica em torno de um determinado assunto. Esta proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores”.

É essencial fazer uma breve referência aos conceitos relacionados com a problemática em estudo, antes de se iniciar a abordagem relativa ao enquadramento teórico.

i. Criança, um Ser com Direitos

Segundo A Convenção Sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, “criança é definido como todo o ser humano com menos de dezoito anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”.

A convenção sobre os Direitos da Criança é um testemunho que enuncia um vasto conjunto de direitos fundamentais: civis, políticos e também os direitos económicos, sociais e culturais inerentes a todas as crianças, assim como as respetivas disposições para que sejam aplicados.

Este documento quando ratificado, representa um vínculo jurídico para os Estados aderentes, os quais devem adequar as normas de Direito interno às da Convenção, para a promoção e proteção eficaz dos direitos e liberdades nele consagrado.

Dos 40 artigos que descrevem os direitos da criança expressos na Convenção a autora destacou três que lhe parecem mais demonstrativos da negligência e maus-tratos a que são sujeitas as crianças que são internadas nos Serviços de Saúde.

De acordo com o **artigo 34.º** “Os Estados Partes comprometem-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e de violência sexuais.” Para esse efeito, os Estados Partes devem, nomeadamente, tomar todas as medidas adequadas, nos planos nacionais, bilateral e multilateral para impedir:

- i. “Que a criança seja incitada ou coagida a dedicar-se a uma atividade sexual ilícita;
- ii. Que a criança seja explorada para fins de prostituição ou de outras práticas sexuais ilícitas;
- iii. Que a criança seja explorada na produção de espetáculos ou de material de natureza pornográfica”.

Segundo o **artigo 37.º**

“Os Estados Partes garantem que, nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, à pena de morte e a prisão perpétua sem possibilidade de libertação não serão impostas por infrações cometidas por pessoas com menos de 18 anos (...)”.

Em conformidade com o **artigo 39.º** desta mesma Convenção,

“Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para promover a recuperação física e psicológica e a reinserção social da criança vítima de qualquer forma de negligência, exploração ou sevícias, de tortura ou qualquer outra pena ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes ou de conflito armado. Essa recuperação/reinserção deve ter lugar num ambiente que favoreça a saúde, o respeito por si própria e a dignidade da criança”.

A Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos da Criança, adotada em Estrasburgo, em 25 de Janeiro de 1996, foi ratificada por Portugal através do Decreto n.º 3/2014, de 27 de Janeiro. Esta Convenção pretende proteger os mais altos interesses das crianças.

O texto prevê medidas destinadas a promover os direitos das crianças, particularmente em processos familiares que decorram perante um tribunal. O tribunal ou qualquer pessoa nomeada para representar a criança tem uma série de deveres que cumprem o objetivo de

facilitar o exercício dos direitos da criança. Deve ser permitido às crianças o exercício dos seus direitos (por exemplo, de estarem informadas e expressarem a sua opinião), quer por si próprias quer através de outra pessoa ou entidade.

Entre os processos familiares de especial interesse para a criança estão os relativos à custódia, residência, direito de visita, questões de filiação, adoção, tutela, administração de bens, assistência educativa, regulação do poder paternal, proteção contra os tratamentos cruéis e degradantes e tratamentos médicos.

Este instrumento legal pretende também facilitar a implementação pelas Partes da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças.

ii. Enfermeiro Vs Enfermeiro Especialista

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em 1998 e revisto em 2009,

“ Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

O mesmo Estatuto define Enfermeiro Especialista:

“como profissional habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de especialidade”.

iii. Intervenção dos enfermeiros nos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

De acordo com o código deontológico (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), no artigo 81º, *alínea b*:

“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”.

A nível hospitalar, a proteção de crianças e jovens em risco adquire contornos que, por um lado, se aproximam dos que se verifica existirem nos cuidados primários mas, por outro, se reveste de especificidades que merecem destaque particular.

Nesta matéria, uma vez que as relações de proximidade entre os Hospitais e as populações que servem é, regra geral, menos acentuada do que no caso dos Centros de Saúde (CS), é menor a possibilidade daqueles desencadarem, no próprio contexto comunitário, ações sistemáticas de prevenção, deteção e acompanhamento de casos de maus tratos.

Contudo, tal facto não significa que as instituições hospitalares, nas diversas vertentes de intervenção e serviços/especialidades que as compõem, constituam recurso de menor relevância no âmbito do primeiro nível de intervenção em matéria de proteção de crianças e jovens em risco.

O Núcleo é composto, no mínimo, por um médico pediatra, um enfermeiro e um técnico de serviço social. Sempre que possível, deverá integrar, também, um profissional de saúde mental e/ou de outros sectores, nomeadamente, serviços jurídicos. Sempre que a dimensão da população abrangida ou o volume de casos detetados o justifique, o número de elementos de cada grupo profissional poderá ser aumentado, de acordo com as necessidades e disponibilidades.

À semelhança do preconizado a nível dos CS, cada elemento do Núcleo, qualquer que seja a carreira profissional ou especialidade de origem, deve reunir as seguintes características:

- Ser conhecedor do contexto sócio cultural em que intervêm e dos recursos comunitários disponíveis;
- Estar motivado e capacitado para a intervenção junto de crianças e jovens, em particular, nos contextos de risco, ter formação e/ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como no dos maus-tratos;

- Saber utilizar os mecanismos legais e os protocolos instituídos acerca desta matéria, nomeadamente os procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

iv. Parentalidade

Cruz (2005 p.13), define parentalidade como:

“o conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”.

Desta forma, o relacionamento entre pais e filhos torna-se primordial, assumindo um papel fundamental dentro das relações familiares.

Enquanto cuidadores da criança, os pais tornam-se os principais agentes da sua socialização, a nível comportamental, emocional e de desenvolvimento cognitivo. Contudo, nunca se pode assumir que é o modo de ser e de agir dos pais a influenciar decisivamente em determinada direção os filhos, pois outros fatores estão implicados, como a hereditariedade, a idiosincrasia de cada filho, a sua idade, o número de irmãos e ainda outros fatores familiares e extrafamiliares (Oliveira, 1994).

v. Maus-tratos a crianças e jovens/ Tipologia

Considerado um fenómeno complexo e multifacetado, que se desenrola em crianças e em jovens, tendo repercussões negativas no seu desenvolvimentos como Seres Humanos, os maus-tratos, podem causar sequelas irreversíveis ou até mesmo, levar à morte.

Não existindo um conceito consensual entre autores, a noção de maus-tratos adquire significados distintos de acordo com dinâmicas culturais e especificidades grupais. Contudo, este aspeto não invalida que sejam impostas prevenções que assegurem a segurança de crianças.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS),

“Os Maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”.

No livro *Maus-tratos em Crianças e Jovens* (p.33; 2004), Teresa Magalhães, considera os maus-tratos como:

“Qualquer forma e tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resulta de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num conceito de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder”.

Para Corboz (1985), o abuso a crianças e adolescentes divide-se em três grandes categorias: "violência ou negligência física", "abuso sexual" e "abuso emocional". Este autor denomina de "violência ou negligência física", o conjunto dos comportamentos parentais a que outros autores (Kurtz, Gaudin & Howling, cit in Crittenden et al., 1994) qualificam como "abuso físico".

A literatura revela-nos o consenso de determinados autores no que concerne à existência de três formas de abuso: abuso físico, abuso sexual e abuso emocional (e. g. Alpher et France, 1993; Moeller et al., 1993; Pessó Albert, 1991).

Negligência

A negligência constitui um comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com um menor, não lhe sendo oferecida a satisfação das suas necessidades em termos de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto, estimulação e apoio, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança ou jovem. Regra geral, é continuada e pode ser manifestada de forma ativa ou passiva. A primeira resulta com a intenção de causar dano, a última geralmente resulta da incompetência dos pais para garantir os cuidados necessários e adequados.

Este tipo de comportamento pode deixar sequelas na saúde, desenvolvimento físico e psicomotor do menor. De acordo com o guia da Direção Geral de Saúde apresentamos em seguida um quadro nº1 demonstrativo de sinais e sintomas indicadores de negligência.

Quadro nº 1 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Negligência (2011)

Negligência
<ul style="list-style-type: none">▪ Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar);▪ Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;▪ Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);▪ Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;▪ Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;▪ Incumprimento do Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;▪ Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);▪ Intoxicações e acidentes de repetição.

Maus-tratos Físicos

Este tipo de maus-tratos corresponde a qualquer ação, não acidental, por parte dos pais ou pessoas com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar dano físico no menor. Pode resultar em lesões físicas de natureza traumática, doença, asfixia, intoxicação ou *Síndrome de Munchausen* por procuração (consiste na invenção de história de doença, consubstanciada pela simulação de sinais e sintomas).

O abuso resulta da ação direta do abusador e de submeter a criança a exames e tratamentos médicos).

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade.

Wayne e Avery no seu livro *Child Abuse: Prevention and Treatment through Social Group Work State*, citados por Kaufman (1983), afirmam que:

“O abuso físico é definido como qualquer injúria física não acidental, infligida a uma criança por um dos pais ou por qualquer outra pessoa que cuida da criança, quer deliberadamente quer quando essa pessoa está em estado de ira. Esta definição enfatiza o carácter intencional do acto”.

Quadro nº 2 - Alguns sinais e sintomas indicadores de maus-tratos físicos (2011)

Maus-tratos físicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, peri ocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);▪ Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada);▪ Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;▪ Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);▪ Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura);▪ Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise;▪ História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;▪ Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem);▪ Alterações graves do estado nutricional.

Abuso Sexual

Embora não exista uma definição única de abuso sexual *The United States National Center on Child Abuse and Neglect*, (cit in Moeller et al. 1993), definiu em 1978, o abuso

sexual como um ato perpetrado contra uma criança, por uma pessoa significativamente mais velha com a intenção de estimular sexualmente a criança e satisfazer os impulsos sexuais do agressor.

O abuso sexual caracteriza-se pelo envolvimento do menor em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele.

Trata-se de práticas que o menor, dado o seu estado de desenvolvimento, não consegue compreender e para as quais não se encontra preparado, às quais é incapaz de dar o seu consentimento informado e que violam a lei. Estas práticas podem ser intra ou extrafamiliares e ocasional ou repetido ao longo da infância.

O abuso sexual não é fácil de definir, pois os comportamentos sexuais permissivos na infância variam de acordo com os tabus culturais e com as tolerâncias da própria família e da sociedade. De acordo com o artigo 171.º do que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças,

“o abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas, que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática do coito, ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras”.

Quadro nº 3 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Abuso sexual (2011)

Abuso Sexual
<ul style="list-style-type: none">▪ Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);▪ Presença de esperma no corpo da criança/jovem;▪ Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;▪ Leucorreia persistente ou recorrente;▪ Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;▪ Lesões no pénis ou região escrotal;

Maus-tratos Psicológicos/Emocionais

O abuso emocional constitui um ato de natureza intencional que é caracterizado pela ausência ou inadequação de caráter persistente ou significativo ativo ou passivo que envolve o suporte afetivo e o reconhecimento das necessidades emocionais do menor. Assim resultam efeitos adversos no desenvolvimento físico e psicossocial do menor e na instabilidade das suas competências emocionais e sociais que têm como consequência a diminuição da sua autoestima.

Este tipo de maus-tratos está presente em todas as outras situações de maus-tratos e só pode ser considerado isoladamente se for a única forma de abuso. Pode manifestar-se, por exemplo, através de: insultos verbais, ameaças, abandono temporário, etc. Os maus-tratos psicológicos resultam da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, com frequente repercussão negativa a nível comportamental.

Quadro nº 4 - Alguns sinais e sintomas indicadores de Maus-tratos Psicológicos/Emocionais (2011)

Maus-tratos Psicológico/Emocional
<ul style="list-style-type: none">▪ Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparentem;▪ Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação;▪ Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;▪ Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);▪ Choro incontrolável no primeiro ano de vida;▪ Comportamento ou ideação suicida.

vi. Instituições de apoio à criança vítima de Negligência e Maus-Tratos

Em Portugal, esta temática ganhou maior relevo durante a década de 80, através do empenho da comunidade pediátrica contando com a colaboração de outros profissionais (magistrados, juristas, psiquiatras, técnicos do serviço social, educadores de infância, sociólogos e psicólogos).

Surgem em 1972 e 1976 os primeiros artigos médicos que descrevem casos concretos de maus-tratos a crianças em Portugal, e que alertam a comunidade pediátrica para a importância da sua deteção e diagnóstico “Jornal do Médico”, (1972, p. 471-472). Mas só em 1979, após a comemoração do Ano Internacional da Criança é que se começa a conferir uma atenção, mais contínua e séria ao problema das diversas formas de violência contra crianças, quer no seio familiar, quer fora deste.

É graças a três instituições de seu nome; Sociedade Portuguesa de Pediatria, Centro de Estudos Judiciários e o Instituto de Apoio à Criança, que com o ânimo e dinamismo dos seus colaboradores, esta temática teve uma eficaz concertação tanto na denúncia, bem como, no estudo de situações de negligência e maus-tratos.

Do ponto de vista da intervenção, no Hospital Pediátrico de Coimbra e no Hospital Santa Maria em Lisboa foram criados ao longo da década os primeiros núcleos de apoio à criança maltratada envolvendo equipas multidisciplinares. Esta temática passou a fazer parte integrante da legislação e do sistema judicial, assim como, se multiplicaram administração pública, as iniciativas e os programas de apoio à população pediátrica e prevenção de situações de risco.

Em 1991, surgem as Comissões de Proteção de Menores, instituições oficiais, não judiciárias que operam nas Câmaras Municipais e gozam de uma composição multidisciplinar. Nelas participam diversos representantes de instituições locais (hospitais ou centros de saúde, escolas, tribunais, segurança social) e órgãos da administração central e autárquica. Estas instituições intervêm sobre indivíduos até aos 18 anos de idade, desde que estes estejam envolvidos em situações de abuso.

A sinalização é o ato de legar conhecimento de uma situação ou de uma suspeita de maus-tratos mediante denúncia. De acordo com a gravidade e perigo da situação, qualquer pessoa pode ou deve fazer a sinalização, inclusive a própria vítima. Genericamente e de acordo com a lei em vigor, a sinalização destes casos devem ser dirigidos às CPCJP (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo), às ECMIJ (Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude), à polícia ou ao Ministério Público junto do tribunal da residência do menor.

Importa salientar que qualquer funcionário público, de acordo com o artigo 242º do Código do Processo Penal tem a obrigação de denunciar as situações de maus-tratos:

“a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários públicos, na aceção do artigo 386º do Código Penal, quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.”

A população em geral por sua vez, também tem o dever de denunciar estas situações, através do artigo 66º da Lei 147/99, de 1 de Setembro, que dispõe:

- a) “Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3º (situações de perigo) pode comunicá-las às ECMIJ, às entidades policiais, às CPCJP ou às autoridades judiciárias;
- b) A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.”

Salvo exceção nas situações de emergência ou casos muito urgentes, em que requer a proteção imediata, a decisão relativamente ao processo de investigação exige uma discussão preliminar entre todos os profissionais que irão participar ativamente no processo. Este procedimento é transdisciplinar e inter-setorial, sendo fundamental aclarar o papel de cada profissional e a extensão da investigação concebendo redes e canais de comunicação de forma a manter todas as partes informadas sobre a sua evolução.

Desde 1983 que o Instituto de Apoio à Criança luta pela defesa e promoção dos direitos da Criança junto de diferentes entidades, instituições e da comunidade em geral. Esta Instituição com sede em Lisboa, no largo da Memória, tem desenvolvido esforços no sentido de apoiar e divulgar o trabalho de todos aqueles que se inquietam com a procura de novas respostas para os problemas da infância em Portugal.

De acordo com um Comunicado desta mesma Instituição, baseado em estudos da Sociedade Portuguesa de Pediatria que afirma o aumento de maus-tratos a crianças no nosso país, alerta para a necessidade de divulgação e sensibilização junto da comunidade para não só denunciar casos, mas também para a prevenção dos mesmos.

Face a estas notícias, o Instituto de Apoio à Criança (IAC), que desde há 30 anos elegeu como sua prioridade as crianças em risco, em particular as crianças negligenciadas/maltratadas e abusadas sexualmente, entende ser seu dever reforçar que toda a comunidade tem responsabilidades para com as nossas crianças, para que estas possam viver numa sociedade que respeite os seus direitos à integridade pessoal e à dignidade.

Relembrando que existem já mais de 300 Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, que são entidades oficiais não judiciárias a quem deve ser participado qualquer caso que o comunicante considere em perigo.

Outra das instituições existentes no nosso país são as CPCJ (comissões de proteção de crianças e jovens). Em Janeiro de 2001 entrou em vigor o modelo de proteção de crianças e jovens em risco, que apela à participação ativa da comunidade em parceria com o Estado e concretizada nas CPCJ. Este pressuposto tem como objetivo despertar as energias potenciadoras de estabelecimento de redes de desenvolvimento social.

A nível mundial decorre atualmente uma campanha da UNICEF, *“Tornar visível o Invisível”*, a quem o IAC se associa, visando a erradicação da violência contra as crianças.

As Comissões de Proteção de Menores, criadas na sequência do Decreto - Lei nº 189/91 de 17/5 foram reformuladas e criadas novas de acordo com a Lei de Promoção e Proteção aprovada pela Lei nº 147/99, de 1 de Setembro.

São competências das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens atuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em matéria de infância e juventude, quando a outras entidades não o seja possível fazer.

O funcionamento destas instituições pode ser designado de comissão alargada (compete desenvolver ações de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem), e ou comissão restrita (compete intervir nas situações em que uma criança está em perigo).

1.6. Objetivos da investigação

Segundo Fortin (2006),

“o objetivo de um estudo é o enunciado declarativo que precisa: as variáveis-chave, o público-alvo e a orientação da investigação. Eles devem ser claros, exequíveis e devem começar com um verbo no infinitivo.”

Quando o tema e o problema já estão decididos, é necessário definir quais os objetivos da investigação e aquilo que se pretende atingir. Sendo assim, foram demarcados os seguintes objetivos:

1.6.1. Objetivo geral:

- Saber como olham os Enfermeiros para a situação das Crianças vítimas de Negligência e Maus-tratos, internadas nos serviços onde trabalham;

1.6.2. Objetivos específicos:

- Identificar os casos mais frequentes de negligência e maus-tratos que aparecem no serviço de Pediatria;
- Saber o que pensam os enfermeiros sobre as razões que levam os pais a negligenciar e a maltratar as crianças;
- Saber se os Enfermeiros consideram que os pais que foram vítimas de maus tratos são também eles pais que negligenciam e maltratam;
- Conhecer a opinião dos Enfermeiros sobre o aumento dos casos de Negligência e Maus-tratos no nosso país;
- Indicar quais os tipos de Maus-tratos mais comuns no serviço onde este grupo de enfermeiros trabalha;
- Identificar necessidade de formação dos Enfermeiros sobre esta temática.

2. Fase Metodológica

De acordo com, Fortin (2003, p.40) cita

“(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.”

Acrescenta que:

“todas as decisões metodológicas tomadas pelo investigador são de enorme importância para a investigação (...) para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”.

Ainda de acordo com o autor referido anteriormente, é ao longo desta fase que o investigador vai decidir qual a melhor maneira de proceder para alcançar respostas válidas, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (Fortin, 2006).

2.1. Desenho de investigação

Segundo Fortin (2003, p.132),

“Desenho de investigação é o plano lógico, elaborado pelo investigador, com o objetivo de obter respostas válidas às questões de investigação que colocou, ou às hipóteses formuladas”.

2.1.1. Tipo de estudo

Em concordância com Streubert e Carpenter (2006, p. 20) “A escolha do método de estudo depende da questão que está a ser colocada”.

Este estudo situa-se num nível inicial de investigação e, normalmente, estes tipos de estudo são baseados em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses (Fortin, 2006, p. 236).

Considera-se um estudo descritivo simples, pois a investigação em causa, implica “a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características da totalidade ou de uma parte desta mesma população” (Fortin, 2006, p. 237).

Assim sendo, este tipo de estudo proporciona informações sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos.

Define-se como um estudo de carácter quantitativo/qualitativo:

De acordo com Bell (2004, p. 19 e 20), “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles” enquanto os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística. (...). Contudo, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas, e vice-versa”.

O nosso desejo e expectativa para este estudo era a realização dum trabalho do foro qualitativo pois através da análise qualitativa podíamos atribuir um significado aos sentimentos e vivências dos Enfermeiros quanto a esta temática. Mas ao analisarmos os inquiridos respondidos, optamos por fazer também a abordagem quantitativa a par da qualitativa, dado não nos ser possível obter respostas suficientes por parte dos inquiridos para fazermos apenas análise de conteúdo.

2.1.2. População-alvo, amostra e processo de amostragem

“A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo” (Kerlinger e Lee, (1999), citado em Fortin, 2006, p. 55).

No presente estudo, assume-se que a população-alvo são todos os enfermeiros de um serviço de Pediatria de um Hospital da Região Norte. Esta população é constituída por dezassete enfermeiros em que três são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), sendo que também desempenha funções de enfermeira-chefe. Os outros catorze são Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Como o estudo de uma população inteira muitas vezes se torna difícil, o investigador deverá definir uma amostra e delimitar o tamanho desta, que revelará a população em causa. Assim sendo, considera-se a amostra “a fração da população que constitui o objeto de estudo” (Fortin, 2006, p. 55).

No presente estudo a amostra é constituída por 16 enfermeiros da Instituição referida anteriormente, que prestam cuidados na área da enfermagem de SIP, há mais de dois anos.

O método de amostragem é a não probabilística e acidental. O método de amostragem não probabilística consiste em “tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população” (Fortin, 2006, p. 314). A amostragem acidental ou também conhecida como amostragem de conveniência, é composta por indivíduos com fácil acessibilidade e que dão resposta aos critérios de inclusão concretos (Fortin, 2006, 321). Isto é, esta amostragem dá a possibilidade de se “escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo”. (Fortin, 2006, p. 321)

2.1.3. Instrumento de recolha de dados e pré teste

Segundo Fortin (2006), “o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”.

O método de recolha de dados empregue neste estudo foi o questionário, que é um conjunto de questões dadas a um determinado grupo de pessoas com o objetivo de recolher dados sobre determinado assunto de interesse do investigador (McLean, 2006).

De acordo com Fortin, (2006, p. 380)

“O principal objetivo deste instrumento, refere-se ao facto de se recolher informações pertinentes, reais sobre acontecimentos, opiniões, atitudes, crenças ou conhecimentos. No questionário podem existir tanto questões abertas, isto é, questões em que o entrevistado responde como preferir, não existindo alternativas de resposta, como fechadas e, como tal, os indivíduos que estão a participar, deverão responder apenas ao que lhes é questionado sem possibilidade de alterar a questão ou precisar o seu pensamento”.

Os dados foram recolhidos através de um questionário estruturado e elaborado pela própria aluna composto por oito questões. O pré teste foi realizado a três enfermeiros do mesmo serviço que não integram os respondentes finais, não tendo sido efetuadas alterações ao questionário inicialmente proposto.

2.1.4. Tratamento e apresentação dos dados

Para realizar o tratamento e análise de dados, escolheu-se proceder à análise de conteúdo, e análise quantitativa de algumas das respostas obtidas. Na vertente qualitativa os dados foram apresentados em forma de quadros. Os dados quantitativos foram tratados através do programa informático Excel. Estes serão apresentados em gráficos circulares para que a sua leitura e interpretação fosse mais simples e eficaz.

2.2. Salvaguarda dos princípios éticos

A participação das pessoas no estudo de investigação deve ser voluntária. Qualquer que seja aquilo que se estuda, a “investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin, 2006, p. 180).

Neste caso serão esclarecidas todas as dúvidas e informar-se-á os sujeitos de todo o processo que irá ser efetuado, explicando-se a natureza do estudo, os objetivos, a sua duração e os métodos utilizados.

Ao encontro do que é referido pelo anterior autor (Fortin, 2006, p.186) existem certos princípios éticos que devem ser respeitados, sendo eles:

a. “O respeito pelo consentimento livre e esclarecido”

“O Consentimento é a aceitação por parte de um sujeito para a colaboração de um estudo. Aquele é considerado voluntário se a pessoa que fornece o seu consentimento, usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão. (...), Possua toda a informação necessária para poder julgar das vantagens e dos inconvenientes da sua participação” (Fortin, 2006, p.193).

b. “O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais”

O indivíduo tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não, na investigação. Assim, o investigador não tem o direito de influenciar a decisão do sujeito. Tendo em conta o Código de Nuremberga, artigo 9º, “o indivíduo deverá ser questionado se pretende ou não participar no estudo, sem ter de se justificar”.

Cabe aos participantes, deliberarem sobre a informação que pretendem oferecer e, até que ponto, consentem em partilhar informações íntimas e privadas, relacionadas com opiniões próprias, valores e atitudes (Kovacs, 1985).

c. “O respeito pela justiça e pela equidade”

Vai ao encontro de os intervenientes serem informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a sua participação, assim como todos os métodos utilizados no estudo.

“Os participantes têm direito ao Tratamento justo equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo” (Polit et. ali, 2004, p. 90).

d. “O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo”

Corresponde a regras de proteção da pessoa contra situações despropositadas e suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Neste estudo irá ter-se em conta, o facto de se proteger o indivíduo, a sua confidencialidade, isto é, as respostas dadas serão confidenciais e ninguém terá acesso a elas, a não ser o investigador. Para além disso, como já referido, o questionário dotará de anonimato e confidencialidade.

Neste sentido, segundo o Código de Nuremberga:

“O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento recaem sobre o pesquisador que inicia, dirige ou gerência o estudo. São deveres e responsabilidades que não podem ser delegados a outrem impunemente”.

3. Fase Empírica

De acordo com Fortin (2003, p.41)

“Esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados”.

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Para Fortin (2003)

“Analisar significa decompor o todo nos seus elementos constituintes, isto é, o espírito vai do complexo para o simples, a fim de examinar cada um dos seus componentes, sempre com o objetivo de propor uma explicação para um determinado fenómeno”.

“(…) Apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação (...)” Para tal o investigador “ (...) deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa dos resultados que ele produziu nos quadros e figuras”. (Fortin,2003 p.330)

3.2. Caracterização da Amostra

A nossa amostra é constituída por 16 Enfermeiras, todas do género feminino, o que revela uma predominância do género neste serviço, que trabalham no serviço há mais de um ano, sendo a maioria Enfermeiras de Cuidados Gerais (13) e 3 Enfermeiras Especialistas em SIP, exercendo uma delas funções de chefia.

Os mencionados dados foram seleccionados por entendermos serem os mais concernentes para o presente trabalho de investigação.

Os entrevistados serão reconhecidos através de um código, atribuído a cada questionário que iniciará no número 1 ao 16.

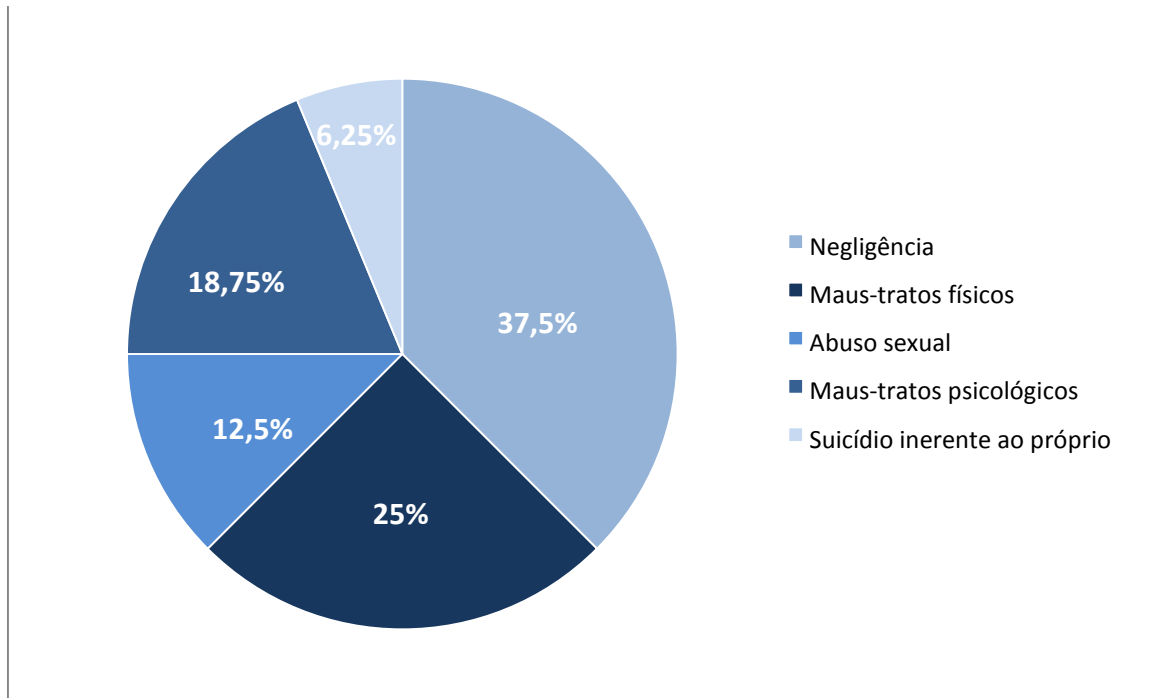
3.3. Análise dos resultados

Concretizados e recolhidos os questionários propostos, realiza-se uma posterior análise dos dados obtidos para que sejam interpretados e expostos, como anteriormente referido nesta fase a informação obtida será apresentada sob a forma de quadros onde serão manifestas categorias e subcategorias, de modo a promover uma leitura clara, simples e acessível (estudo qualitativo) e sob a forma de gráficos circulares (estudo quantitativo) de forma a dar resposta a determinadas questões pertinentes para a conclusão positiva deste estudo.

Assim sendo, inicia-se a análise de dados através do estudo quantitativo, sendo que cada gráfico terá uma breve observação dos mesmos, e posteriormente será apresentado o estudo qualitativo, sob a forma de quadros acompanhados de exíguos comentários, relacionados com a pesquisa bibliográfica empregada na fase conceptual.

3.3.1. Dados Quantitativos

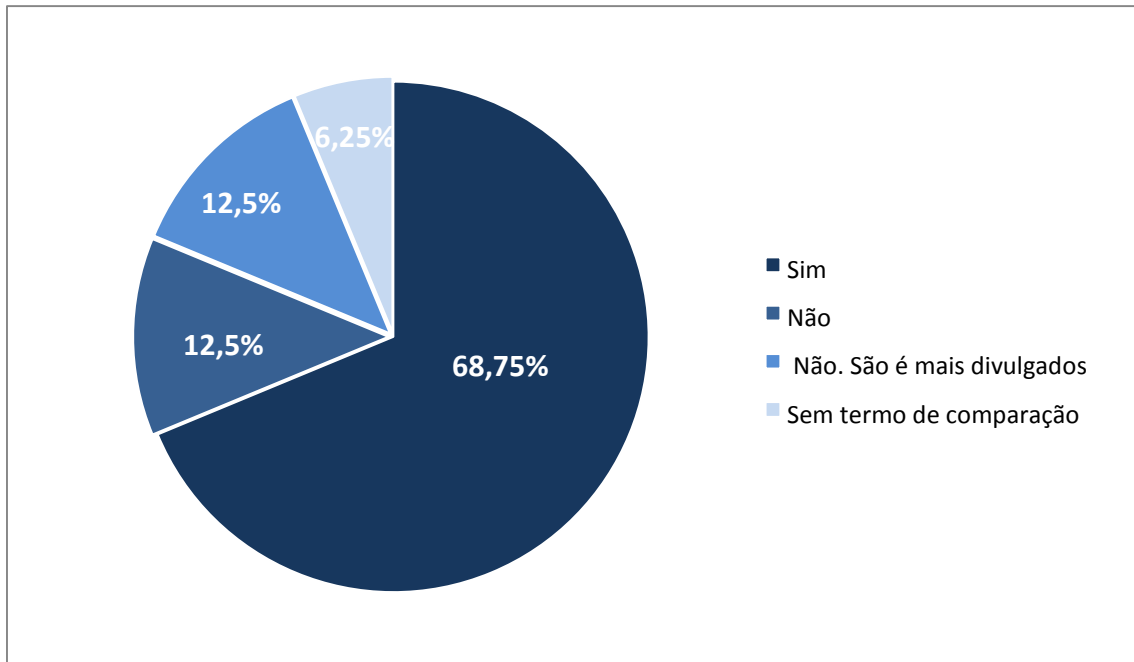
Gráfico nº 1 – Qual a tipologia de maus-tratos mais frequente no serviço onde trabalha?



Relativamente à questão descrita, a maior parte (37,5%) opinam que a tipologia de maus-tratos mais frequente é a negligência. Seguidamente a percentagem de maior valor diz respeito aos maus-tratos físicos (25%), seguindo-se os maus-tratos psicológicos (18,75%).

Em contrapartida a menor percentagem de respostas obtidas recai sobre o suicídio inerente ao próprio: “(...) Por vezes aparecem crianças abusadas sexualmente neste serviço”. (E11)

Gráfico nº 2 – Considera que atualmente existem em Portugal mais casos de crianças vítimas de negligência e maus-tratos?

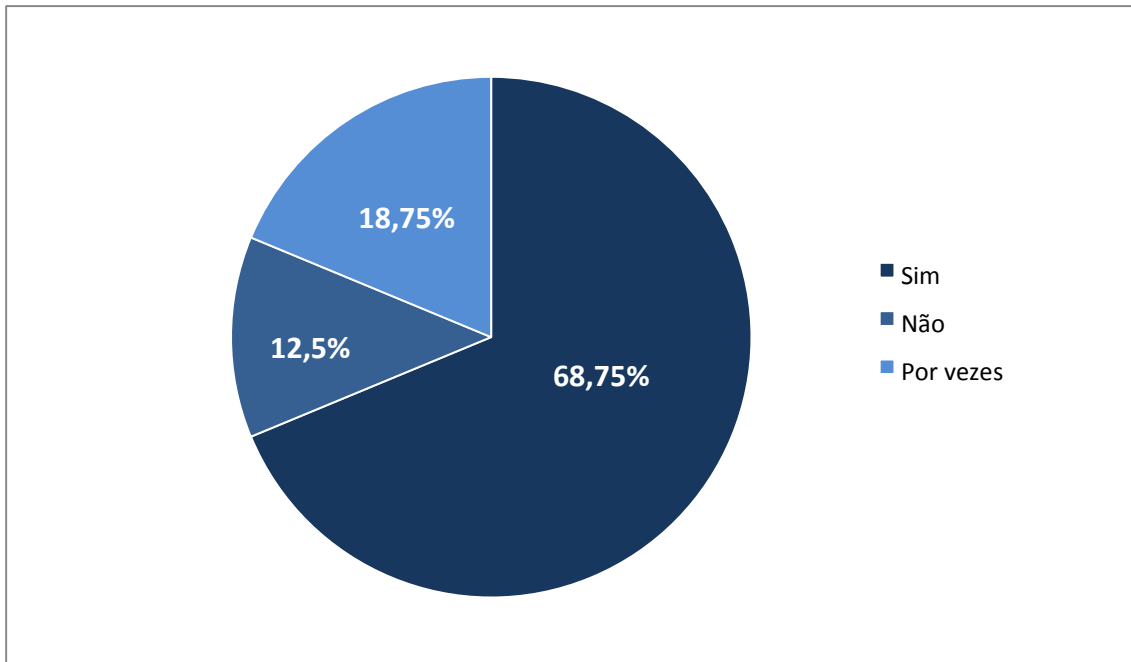


68,75% dos enfermeiros inquiridos reconhecem que em Portugal houve um aumento de casos de negligência e maus-tratos contra crianças.

Contrariamente (12,5%) da amostra questionada não é defensora da mesma opinião, sendo que (12,5%), até acrescenta que os casos são é mais divulgados.

Apenas (6,25%) dos inquiridos afirma não ter termo de comparação.

Gráfico nº 3 - É frequente o internamento de crianças vítimas de negligência e maus-tratos no serviço onde trabalha?

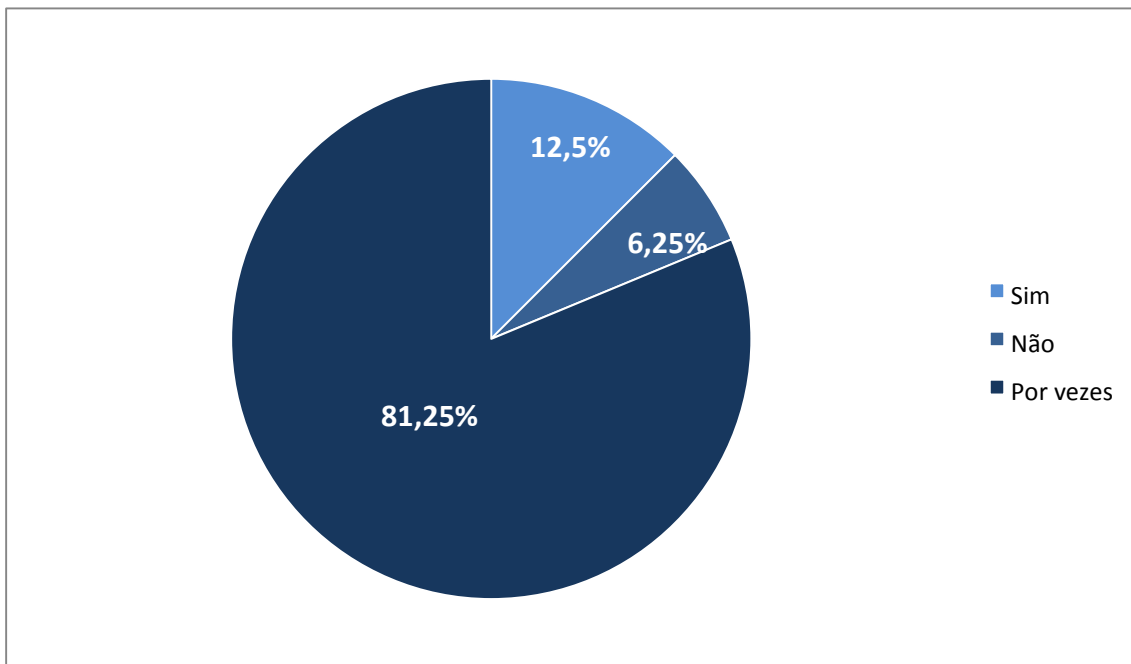


Mais de metade dos enfermeiros questionados (68,75%), afirma que é frequente estarem internadas no serviço onde trabalham crianças vítimas de negligência e maus-tratos.

18,75% Da amostra refere que por vezes no serviço onde trabalham estão internadas crianças que foram vítimas de negligência e maus-tratos. “ (...) Por vezes aparecem crianças vítimas de maus-tratos”. (E7)

No entanto (12,5%), não considera frequente o internamento destas crianças no serviço onde trabalha.

Gráfico nº 4 – Em sua opinião os pais que negligenciam ou maltratam crianças, foram também eles vítimas de negligência e maus-tratos?

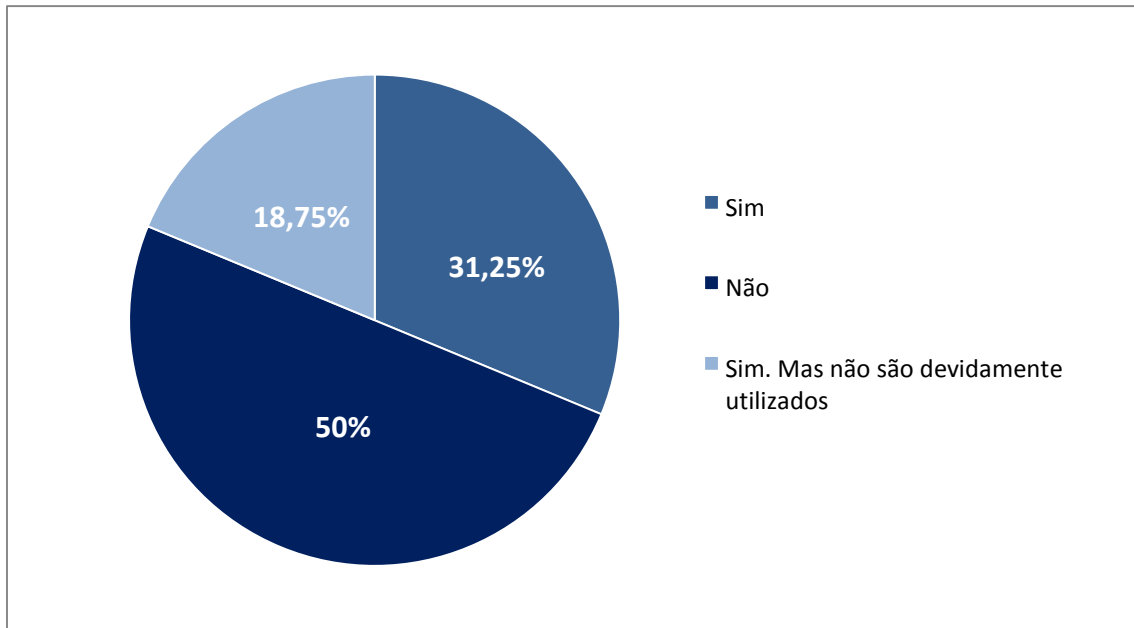


Quase a totalidade da amostra (81,25%) afirma que pais que maltratam as crianças, foram também eles vítimas de negligência e maus-tratos no seu passado.

Em contrapartida apenas (12,5%) responde negativamente.

Embora (6,25%) refere que por vezes poderá existir alguma relação entre estes dois aspetos. “ (...) por vezes, acho que há alguma relação”. **(E8)**

Gráfico nº 5 – Entende que o país tem os recursos necessários para ajudar estas crianças?



Metade da amostra (50%) afirma que o país não tem os recursos necessários para prestar apoio a estas crianças.

31,25% dos enfermeiros inquiridos diz que o país possui os recursos necessários para ajudarem estas crianças. No entanto (18,75%), considera o mesmo, porém acrescenta que esses recursos não estão a ser devidamente utilizados. “ (...) Recursos penso que sim, o querer depois é que é diferente (...)” (E2)

3.3.2. Dados Qualitativos

De acordo com o estudo qualitativo e procedendo à análise de conteúdo dos questionários recolhidos, surgiram 3 categorias e 4 subcategorias, como se pode verificar no Quadro nº 5.

Quadro nº 5: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
Evidências de Negligência e Maustratos	Marcas físicas Marcas psicológicas
Razões que levam à Negligência e Maus-tratos	Défice de competências parentais
Formação	Falta de Formação

Quadro nº 6 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Evidências de Negligência e Maus-tratos”

Subcategoria	Unidades de Registo
Marcas Físicas	<p>“... equimoses e feridas suspeitas...” (E3)</p> <p>“ hematomas,... arranhões” (E7)</p> <p>“... presença de feridas na pele.” (E10)</p> <p>“... equimoses e hematomas espalhados pelo corpo que os meninos têm vergonha de mostrar.” (E11)</p> <p>“... os sinais físicos são mais difíceis de detetar uma vez que os pais conseguem arranjar maneira de maltratar sem deixar marcas físicas.” (E14)</p>
Marcas Psicológicas	<p>“... Olhar triste, medo dos adultos, agressividade (...), apatia.” (E1)</p> <p>“... A criança não se sentir confortável com as outras crianças.” (E2)</p> <p>“... Alterações de humor, a própria verbalização de situações pela criança.” (E3)</p> <p>“... Apatia/introspeção...” (E16)</p> <p>“...Crianças agressivas, apáticas, pouco comunicativas.” (E5)</p> <p>“... Criança muito calada.” (E8)</p> <p>“... Morfologia depressiva; revolta.” (E13)</p> <p>“...Medo, ansiedade, não estabelecem relação, falta de confiança, atraso no desenvolvimento (psicológico).” (E)</p> <p>“... Falta de afeto (procura constantemente, companhia de outras pessoas, (para falar ou mesmo só para não se sentir só).” (E16)</p>

A evidência da negligência e maus-tratos apresenta-se sob a forma de sinais e sintomas descritos através de marcas físicas e psicológicas. A DGS publicou em 2011 um Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção para os Maus-tratos em Crianças e Jovens que tem como objetivo dar apoio aos profissionais que lidam com este drama e onde estão expressos alguns destes sinais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002),

“A violência contra crianças é definida como o uso intencional de força ou do poder de forma intencional, não acidental praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar a criança ou o adolescente à morte, deixando ou não marcas evidentes”.

Marcas Físicas

Embora não nos seja possível identificar um quadro clínico inequívoco de maus-tratos, existem determinadas lesões que poderão ser sugestivas de que a criança poderá estar a ser vítima de maus-tratos. Designadamente, se houver equimoses ou hematomas nas várias fases de evolução localizadas na face, pavilhões auriculares, pescoço, tronco, membros, nádegas, pequenas queimaduras circulares em diversas partes do corpo. Poderão ainda existir hematomas abdominais graves, os quais podem provocar hemorragias significativas em vários órgãos, pâncreas, baço, fígado e ou duodeno.

Em bebés pode-se encontrar fraturas a nível do crânio ou de ossos longos, singulares ou múltiplas em várias fases de evolução. São indicadores de hematomas subdurais, hemorragias retinianas, quando a criança é violentamente abanada ou sacudida.

Marcas Psicológicas

Segundo Araújo (2002), além das marcas físicas decorrentes da violência, uma das consequências mais difíceis de serem reconhecidas é de ordem psicológica. Crianças vítimas deste tipo de maus-tratos, tende apresentar sentimento de apatia, défice de memória, fobias, dificuldades para realizar atividades diárias, além de restrições afetivas e cognitivas.

Estas marcas psicológicas e emocionais decorrentes de experiências perturbadoras, desencadeiam um desenvolvimento psicossocial inadequado. Os maus-tratos direcionados à criança podem dar origem a problemas de saúde, adaptação social e distúrbios psicológicos e cognitivos.

Quando se está perante uma criança vítima de maus-tratos esta apresenta-se geralmente, assustada, insegura, receosa e teme qualquer aproximação, assume uma postura de defesa e expressões de alerta constante. Sendo que as carícias e aproximação dos pais não tranquilizam estas crianças, fazendo aumentar as suspeitas.

Nos maus tratos psicológicos evidenciam-se diversos hábitos perturbantes na criança sendo alguns deles: transtorno no sono, condutas muito agressivas ou demasiado passivas, transtornos a nível da alimentação. A tudo isto juntam-se fenómenos neuróticos, como atos fóbicos, obsessivos, hipocondríacos, podendo ainda desencadear-se quadros psicóticos com tendência para o suicídio.

Quadro nº 7 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Défice de competências parentais”

Subcategoria	Unidades de Registo
<p style="text-align: center;">Défice de competências parentais</p>	<p>“... Desnutrição, maus cuidados de higiene, alterações de humor sem patologia psiquiátrica...” (E3)</p> <p>“... maus cuidados de higiene...” (E4)</p> <p>“... <i>Facis</i> encovada...” (E8)</p> <p>“... ausência dos pais no internamento...” (E11)</p> <p>“... pais muito jovens...” (E1); (E11)</p> <p>“... Gravidez não desejada...” (E2); (E11); (E12); (E14)</p> <p>“... Existem casos que é porque os pais não estavam desejosos pelos filhos e acabam por não querer saber...” (E11)</p> <p>“... A falta de ou má comunicação entre os pais ou familiares encarregues pela criança e a própria criança.” (E12)</p> <p>“ ... Ausência dos pais no internamento, isolamento...” (E11)</p>

Falta de competências parentais

De acordo com a versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, p.43) a Parentalidade é assumida como:

“A ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou não”.

Segundo a Teoria Geral dos Sistemas, de Von Bertalanffy, a família para além de funcionar como um todo complexo e integrado, funciona também como parte dos sistemas mais complexos na qual está integrada e com os subsistemas, as partes do todo. (Relvas, 2006). Desta forma, a parentalidade não se esgota na sua esfera mais quotidiana e doméstica.

A parentalidade positiva é, fundamental nos primeiros anos da vida da criança para aumentar a sua autoestima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento. Durante estes anos o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para otimizarem o desenvolvimento do seu filho (American Academy of Pediatrics, 2005).

A parentalidade positiva integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças. Pode ser descrita como promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial desenvolvimento das crianças ou também como parentalidade no melhor interesse da criança. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças (Council of Europe, 2008).

Segundo Camilo e Garrido (2012, p.1), a negligência parental é “a incapacidade para responder de forma adequada às necessidades dos filhos”. De uma forma mais específica, segundo Silva (2010, p.38), esta:

“(…) Consiste na incompetência e/ou ignorância ou a intenção de causar dano, por parte dos responsáveis das crianças ou jovens (família, estado ou sociedade), quando omitem os cuidados e necessidades fundamentais ao desenvolvimento integral destes”.

Contudo, a negligência pode ser voluntária, quando os progenitores a praticam de forma consciente, ou involuntária, quando não existe dolo por parte dos progenitores.

Atualmente, sabe-se que os maus tratos são determinados por múltiplos fatores individuais, familiares e socioculturais que se inter-relacionam, potenciando e multiplicando os seus efeitos, e que podem afetar os pais/cuidadores na proteção cuidados que dão aos seus filhos. Esta perspetiva concebe a problemática dos maus tratos como a expressão de uma perturbação no sistema pais-filhos-ambiente.

Quadro nº 8 - Apresentação das unidades de registo para a categoria: “Falta de Formação”

Subcategoria	Unidades de Registo
Falta de Formação	<ul style="list-style-type: none">▪ “Sim, acho que é importante renovar o conhecimento relativamente ao tema...” (E13)▪ “como profissional de saúde entende que há falta de formação. A formação leva a criação de sensibilidade para estas situações, também”. (E12)▪ “há falta de formação e falta de sensibilização para o tema”. (E5)

Falta de Formação

Os profissionais de saúde que trabalham com crianças devem possuir o conhecimento que lhes permita identificar a situação vivida pela criança, intervir no sentido de a proteger para evitar que os maus tratos ou a negligência prossigam e tomar todas as medidas necessárias para a proteção futura da criança.

Esta intervenção requer informação, formação, coordenação e interdisciplinaridade com o objetivo de defender os superiores interesses da criança.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem publicado em 2011 refere que:

“São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento

infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde”.

Também nas funções atribuídas ao NHACJR cabe:

- Sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços hospitalares, para a problemática das crianças e jovens em risco;
- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;

Os profissionais que trabalham com crianças devem possuir formação especializada e experiência comprovadas na área específica da infância. A formação no domínio dos maus tratos é necessária, na medida em que sensibiliza para a deteção dos casos e

oferece ao profissional ferramentas para a compreensão e a abordagem destas situações. (Valenciana, G. 2006)

3.4. Discussão dos resultados

Nesta etapa pretende-se interpretar e discutir os resultados tendo em conta as questões de investigação.

É nesta fase que a análise dos dados irá ser relacionada com referências que foram pesquisadas durante a revisão bibliográfica.

Assim sendo, o principal objetivo neste ponto é apresentar um resumo dos resultados que foram obtidos dando maior relevância a aspetos que se consideram mais importantes e que caracterizaram da melhor forma a situação a situação que se pretende analisar. Posto isto será pretensão perceber se os objetivos delineados anteriormente foram atingidos com sucesso.

Relativamente aos resultados expressos no gráfico nº 1, 37,25% dos enfermeiros afirmam que a tipologia de maus-tratos mais frequente é a negligência.

Declarações da Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em risco (2015), à TSF, apontam a negligência como a tipologia de maus-tratos mais frequente.

Desde a negligência passiva, em que as famílias não conseguem dar resposta às necessidades básicas dos mais novos, à negligência ativa, com intenção de provocar dolorosos danos.

Segundo a DGS,

“Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detetada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS (Centros de Saúde), o mau trato físico é frequentemente detetado nas urgências hospitalares”.

De acordo com os resultados expressos no gráfico nº 2, 68,75% da amostra afirma que a negligência e maus-tratos a crianças no nosso país estão a aumentar, como se pode comprovar numa informação publicada no Diário de Notícias segundo a qual,

“Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco sinalizaram mais de 36 mil casos de menores vítimas de maus-tratos entre 2008 e 2014”.

Após a análise dos resultados obtidos no gráfico nº 4 conclui-se que 81,25% da amostra afirma que os pais que maltratam as crianças, foram também eles vítimas de maus-tratos na sua infância.

De acordo com Martins C.

“Maus-tratos infantis: Prevenção, Diagnóstico e Intervenção”, um dos fatores de risco para que os pais maltratam as crianças é “(...) pais que foram maltratados na sua infância (...)”.

“(…) Não podemos, no entanto, deixar de advertir que os maus-tratos infantis podem ocorrer em qualquer estrato socioeconómico ou cultural (...), até porque todos nós conhecemos famílias pobres e problemáticas onde há muito afeto, amor e proteção das crianças”.

Por fim, relativamente aos resultados apresentados no gráfico nº 5, metade da amostra (50%) afirma que o país não dispõe de os recursos necessários para auxiliar estas crianças. Porém podemos descrever várias associações que prestam apoio a estas crianças e ajudam na prevenção e identificação destes casos, nomeadamente: as CPCJP, as ECMIJ e o IAC.

Apesar dos esforços destes recursos, por vezes, os mesmos acabam por não ser suficientes na extinção dos maus-tratos contra crianças.

4. Conclusão

Chegada esta última etapa, torna-se indispensável refletir sobre tudo o que foi elaborado e tirar as devidas conclusões, que por um lado harmonizaram este estudo, bem como se tornaram gratificantes para quem o realizou.

Este documento acompanhou a autora no decorrer do seu percurso acadêmico, despertando-a para esta temática após a realização do ensino clínico Enfermagem Materno-infantil II.

O presente projeto de investigação permitiu estudar e refletir sobre a temática negligência e maus-tratos e perceber de que forma um grupo de enfermeiros que trabalha num serviço de pediatria a conhece, bem como os casos que mais prevalecem no seu serviço assim como, os fatores de risco para que levam os pais a negligenciar e maltratar as crianças.

Os resultados deste estudo de investigação evidenciam que é mais frequente a negligência do que os maus-tratos, que estes se devem à falta de competências parentais e que os enfermeiros entendem que necessitam de mais formação para lidar com este drama.

Quanto às manifestações de maus-tratos podemos concluir que apesar de a negligência ser a tipologia mais manifestada, tanto os maus-tratos físicos, como os psicológicos têm aumentado na nossa sociedade, decorrente de vários fatores entre os quais se destaca o atual conceito socioeconómico que influencia o bem-estar das crianças e famílias impedindo o seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos.

Relativamente aos objetivos traçados no início deste estudo estes foram atingidos, uns com maior outros com menor grau de dificuldade, foi possível encontrar as respostas para as questões de investigação, também delineadas no início deste projeto.

Um dos principais obstáculos, com que a autora se deparou foi a pouca disponibilidade demonstrada por parte dos enfermeiros para responderem ao questionário proposto, mas após alguma paciência e persistência da sua parte, este obstáculo passou a um desafio superado.

É propósito da autora a divulgação do presente estudo junto dos enfermeiros onde foram colhidos os dados, uma vez que estes não acolheram de forma positiva esta nossa

pretensão, mostrando relutância em responder através de entrevista às nossas questões o que indicia alguma falta de sensibilidade para lidar este problema.

Por fim, afirma-se o gosto com a sensação de descoberta, mas mais deslumbrante foi constatar a evolução ao longo do trabalho. Como finalista de enfermagem, a autora considera que a investigação científica é uma mais-valia nesta profissão, pois permite a ampliação do conhecimento científico, tornando-se indispensável para a prática clínica. Além do aumento do conhecimento, a investigação é importante na autonomia profissional, no reconhecimento por parte dos outros e na melhoria dos cuidados prestados.

Acreditar que este trabalho será o primeiro de muitos e que outras pessoas possam recolher ideias proveitosas que postas em prática possam enriquecer a formação desta profissão de cuidar.

Fica a sugestão, que se consiga obter mais ações de formação, seminários, palestras sobre esta temática, para que os enfermeiros que trabalham na área pediátrica se sintam mais capazes de identificar e de atuar perante estas crianças sujeitas a negligência e maus-tratos.

Referências Bibliográficas

- Alberto, I. M. M. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra. Livraria Almedina.
- Alves, A. (1992). *A “revisão da bibliografia” em teses e dissertações: Meus tipos inesquecíveis*. *Cadernos de Pesquisa*, pp. 53-60.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70 Lda.
- CIPE. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. p.43.
- Fortin, M. F. (2003). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidactica.
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidactica.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidactica.
- Lombo, M. *Maus tratos às Crianças: Abusos e Negligência*. UP (Universidade do Porto).
- Magalhães, Teresa. (2004). *Maus-tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, P. (2002). *Maus-Tratos A Crianças – O Perfil de um Problema*. Coleção Infans Centro de Estudos.
- Menezes, B. et alli (2011). *MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. DGS - Direção Geral da Saúde.
- Noronha, D. P., Ferreira, S.M. (2000). *Revisões de Literatura*. In: Campelo, B. S., Condon, B. V., Kremeer, J. M. *Fontes de informações para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG, p.191.
- Quivy e Campenhoudt (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Referências Bibliográficas seguidas através da Internet

Almeida, A., André, I., et Almeida, H. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. [Em Linha]. Disponível em <<http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/544/1/An%C3%A1lise%20Social,%2091-121.pdf>>.

[Consultado em 28/01/2015].

Angelo, M. et alli. (2013). VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA. [Em Linha]. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Ftce%2Fv22n3%2Fv22n3a03.pdf&ei=rGNsVYGxAcPSUZKAgvD&usg=AFQjCNEoRS4eMdHC8nEjG9K7hnxmyZgh5A>. [Consultado em 09/12/2014].

Araújo, M. F. (2002). Violência e Abuso Sexual na Família. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722002000200002&script=sci_arttext> [Consultado em 08/05/2015].

Brás, P. (2008). Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/743/1/17380_Tese_de_Mestrado_Patricia_Bras.pdf> [Consultado em 13/03/2015].

Citius. (2014). Ratificação da Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos das Crianças. [Em linha]. Disponível em <<https://www.citius.mj.pt/Portal/article.aspx?ArticleId=1693>> [Consultado em 25/11/2014].

Cohn, C. (2005). Antropologia da Criança. [Em linha]. Disponível em <<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fcadernosdecampo%2Farticle%2Fdownload%2F50111%2F54231&ei=LdR1VfymLcP3UtyYgYAB&usg=AFQjCNFvKi9W6wO8bY5V7lzsNUpkts1Zw>> [Consultado em 22/04/2015].

Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco. (2015). A Criança em Risco. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>> [Consultado em 02/04/2015].

Da Silva, M. A. (2011). Caminhos do Cuidar. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9377/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20Mestrado_Enf.pdf> [Consultado em 28/05/2015].

Direção Geral da Saúde. (2007). Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde – Direcção-Geral da Saúde Despacho nº 117- 2007. [Em linha]. Disponível em <<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=Enfermeiros+nos+nucleos+hospitalares+de+protecc%C3%A7%C3%A3o+de+menores>> [Consultado em 24/01/2015].

Direção Geral da Saúde. (2011). Guia Prático de Abordagem Diagnóstico e Intervenção. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.asp>> [Consultado em 22/12/2014].

Direção Geral da Saúde. (2012). Protocolo de Colaboração no âmbito da Proteção das Crianças e Jovens em Risco. [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/emdestaque/-protocolo-de-colaboracao-no-ambito-da-protecao-das-criancas-e-jovens-emrisco.aspx>> [Consultado em 20/05/2015].

Instituto de Apoio à Criança. (2013). Comunicado da Direção do IAC, a propósito do aumento dos casos de maus tratos. [Em linha]. Disponível em <<http://www.iacrianca.pt/index.php/fr/atualidades/noticias/item/108-comunicado-dadirecao-do-iac-a-proposito-do-aumento-dos-maus-tratos>> [Consultado em 02/04/2015].

M. Saudade, et alli (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn1/serIIIIn1a12.pdf>> [Consultado em 14/04/2015].

Magalhães, S. (2011). A VIVÊNCIA DE TRANSIÇÕES NA PARENTALIDADE FACE AO EVENTO HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA. [Em linha]. Disponível em <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>> [Consultado em 24/05/2015].

Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos da Universidade Fernando Pessoa. [Em linha]. Disponível em: <<http://www.ufp.pt/images/stories/Aurea/Manual%20Estilo%20Elabora%C3%A7%C3%A3o%20trabalhos%20cientificos.pdf>>. [Consultado em: 06/01/2015].

Notícias, D. (2015). Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco sinalizaram mais de 36 mil casos de menores vítimas de maus-tratos entre 2008 e 2014. [Em linha]. Disponível em <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4520456> [Consultado em 25/05/2015].

Ordem dos Enfermeiros. (1996). REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>> [Consultado em 17/04/2015].

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf> [Consultado em 20/01/2015].

Rádio Notícias, TSF. (2015). Maus-tratos a crianças estão aumentar. [Em linha]. Disponível em <http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=3367812> [Consultado em 23/05/2015].

Reis, V. (2009). CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco. [Em linha]. Disponível em <<https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/11781/1/tese%20versao%20reformulada%20final2.pdf>> [Consultado em 04/02/2015].

Silva, D., Afonso, V., Silva, E. (2014). CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUSPEITA E DETECÇÃO DE MAUS-TRATOS NA CRIANÇA. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/7.pdf>> [Consultado em 27/02/2014].

Unicef. (2004). A Convenção sobre os Direitos da Criança. [Em linha]. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf [Consultado em 22/03/2015].

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de recolha de dados

Apresentação e Instruções

Liliana Filipa Vieira Eiras Alves, aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, no Porto, encontra-se a realizar um Projeto de Graduação sobre: *“Negligência e Maus-tratos a Crianças, Olhar dos Enfermeiros”*.

O método a utilizar neste trabalho de investigação será o método de carácter descritivo, e foi optado por elaborar um questionário que serve de instrumentos de recolha de dados.

Relativamente aos dados extraídos, serão confidenciais e estritamente anónimos, tendo como finalidade, apenas a sua utilização para os resultados de estudo de investigação.

Ao consentir colaborar neste estudo, deverá marcar uma cruz, no quadrado abaixo indicado (Consentimento informado), confirmado desta forma o seu desejo em participar nesta investigação.

Atentamente

(Liliana Alves, aluna de Enfermagem)

Questionário de Projeto de Graduação

Tema: Negligência e Maus-tratos a Crianças, um Olhar dos Enfermeiros

1. No serviço onde trabalha é frequente estarem internadas crianças vítimas de Negligência e Maus-tratos?

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

2. Quais os casos mais frequentes?

- ✓ Negligência
- ✓ Maus-tratos físicos
- ✓ Maus-tratos psicológicos
- ✓ Abuso sexual
- ✓ Suicídios inerentes ao próprio

3. Considera que em Portugal existem atualmente mais casos de crianças vítimas de negligência e maus-tratos?

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

4. Para si, como enfermeiro, quais os sinais e sintomas que o alertam para a possibilidade de uma criança estar a ser negligenciada ou maltratada?

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

5. Em sua opinião quais as razões que levam os pais a serem negligentes ou a maltratar as crianças?

- ✓ Pobreza
- ✓ Falta de competências parentais
- ✓ Pais muito jovens
- ✓ Gravidez não desejada ✓ Outras

6. Em sua opinião os pais que negligenciam ou maltratam as crianças, foram também eles vítimas de negligência e maus-tratos?

.....

.....

.....

.....

7. Entende que o país tem os recursos necessários para ajudar estas crianças e os seus pais?

.....

.....

.....

.....

8. Na sua opinião os enfermeiros deveriam ter mais formação sobre a deteção e encaminhamento destas situações?

.....

.....

.....

.....

Grata pela sua colaboração!