

## **Introdução**

A área da saúde assume grande importância nesta investigação, por ser tão vasta e complexa, mas também tão inquietante quando relacionada com outras disciplinas científicas como a sociologia, psicologia.

Ao reflectir sobre a problemática da criança maltratada observa-se atentamente com o passar dos anos a um aumento significativo do aparecimento de crianças com o diagnóstico de maus-tratos, em serviços de pediatria hospitalares, situações consideradas urgentes que necessitam de encaminhamento imediato por parte das entidades com responsabilidade em matéria de infância e juventude. São nestas situações que se constituem equipas multidisciplinares de profissionais de referência, que estabelecem relações preciosas para a integração social da criança, tornando-se de máxima importância percebê-las e analisá-las a nível interorganizacionais e intraorganizacional, descrevendo as suas dinâmicas dentro da rede Formal de Saúde da criança maltratada.

Na área da saúde não predominam as investigações que utilizam a metodologia de análise de redes sociais, nem literatura científica que a sustente, sendo esta uma necessidade urgente na realização desta investigação.

Sendo assim a presente dissertação terá como objectivo geral a análise da dinâmica das relações que sustentam a rede formal de Saúde da criança maltratada na cidade do Barreiro e como objectivos específicos, representar a rede Formal das entidades responsáveis pelo suporte da criança maltratada e identificar as interacções estabelecidas entre as entidades na rede em estudo, utilizando para isso a metodologia de análise de redes sociais

É importante reflectir sobre o conceito de rede social que se traduz por um conjunto de actores entre os quais existe algum tipo de relação, uma rede pode englobar muitos ou poucos actores, estabelecendo vários tipos de relação dentro dessa mesma rede ou formando outras (Hanneman, n.d).

Segundo Nohria (Fialho, 2007) tem-se verificado um aumento do interesse do conceito de rede no panorama organizacional justificando-se com o facto de todas as organizações encontrarem-se ligadas a uma organização social que deve ser analisada e compreendida como tal, o contexto organizacional poderá ser entendido como uma grande rede entre outras organizações, os comportamentos e atitudes dos actores dentro das redes podem ser compreendidas como relações.

Na verdade as redes estão presentes no nosso dia-a-dia (relações familiares, relações entre colegas, amigos), todos nós somos actores e estabelecemos relações em várias redes no nosso quotidiano

Esta metodologia tem a particularidade de ser estruturada por uma linguagem própria e de ser decodificada através de matrizes e grafos, de grande relevância para a análise das redes em questão.

Foi escolhida a cidade do Barreiro por ser uma cidade onde os casos de crianças vítimas de maus tratos têm vindo a aumentar anualmente, e por esta cidade contemplar as entidades da rede formal da criança maltratada.

Sendo assim este trabalho encontrar-se-à dividido em 4 capítulos.

O primeiro capítulo englobará toda a abordagem teórico.conceptual realizada, após pesquisa de bibliografia científica onde se poderá encontrar, os direitos da infância, os maus tratos infantis (Conceito, História do maltrato infantil, Tipologia do maltrato, Factores de Risco, Modelos Explicativos do Maltrato e Consequências Orgânicas e Sociais) a Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada nos vários níveis de intervenção (Hospital, Centro de Saúde, Comissão de Protecção de Criança e Jovens e Tribunal) o conceito de Apoio Social, bem como as Redes Sociais (conceito, sociometria), Qualidade em Saúde e Análise de Redes Sociais (teorias explicativas, linguagem característica).

No segundo capítulo proceder-se-à à descrição metodológica da dissertação, onde se insere a caracterização do contexto de estudo da Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada para um melhor conhecimento, funcionamento e intervenção desta.

No terceiro capítulo encontrar-se-à a escolha da opção metodológica descrevendo-se a natureza do estudo bem como a técnica de colheita de dados e a sua técnica de análise, caracterizando o trabalho.

No quarto capítulo será realizada a análise e discussão dos resultados obtidos durante a presente investigação através da técnica de análise de conteúdo, e do software Ucinet versão 6, para melhor ilustrar e analisar a Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada na cidade do Barreiro.

Será descrito o circuito da criança maltratada dentro da Rede Formal de Saúde e serão ainda descritas algumas considerações finais bem como recomendações, que permitam o atingir dos objectivos programados para a dissertação.

No final e inserido na temática da garantia da qualidade em saúde, será elaborado um plano de intervenção que terá como objectivo agilizar actividades já implementadas, organizar outras que ajudem a suprir lacunas identificadas na rede ao nível das várias entidades, sistematizar a intervenção e as relações a criar e a manter, seguido da avaliação do procedimento com o objectivo da melhoria continua da qualidade em saúde, e um projecto de auditoria ao plano de intervenção.



## **1- Aspectos teórico-conceptuais**

Neste capítulo abordar-se-à todos os conceitos teóricos de extrema importância para a contextualização deste trabalho de investigação, sendo estes infância e direitos, maus tratos infantis, rede formal de Saúde da criança maltratada, apoio social, redes sociais, qualidade em Saúde e análise de redes sociais

### **1.1 – Infância e Direitos**

A infância apresenta-se como um grupo permanente nas sociedades, com tempo e espaço delimitado, que apesar de todas as especificidades culturais é uma etapa pela qual todo o ser humano transita, todas as “crianças são sujeitos activos de direitos” (Soares, 2005:9).

Desde o início do último século tem-se vindo a promover um novo conceito de infância com todas as suas características peculiares que lhes permite construir um conceito de infância com todos os seus direitos e exaltar a ideia da criança como actor social (Soares, 2005).

Muitos foram os teóricos que incidiram as suas pesquisas na análise deste movimento social pela infância, tais como Hammaberg (1990), Ennew (2000), Hart (1997), Landsdown (1995). Para Heinze (2000) este movimento resultava dos modelos de infância que eram estudados através das ciências sociais, na perspectiva de King (1998) desde o final do século XVIII e início de XIX as crianças têm sido consideradas como “um grupo especial, com interesses especiais” (Soares, 2005:24). Nelken (1998) revela-nos que a luta pelos direitos da criança toma maiores proporções na nossa sociedade devido ao seu conceito de dependência e protecção constante, “as investigações têm vindo a demonstrar que, até ao século XVI, o estatuto de criança dentro do seu núcleo familiar estava quase invariavelmente ligado ao poder sem limites dos pais sobre os filhos, os quais eram ignorados, abandonados, abusados, vendidos e mutilados” (Pappas citado por Soares, 2005:27).

Só no século XVI foram estabelecidas mudanças na sua maior parte significativas no âmbito dos direitos e estatuto da criança em relação aos adultos, nomeadamente na área da sobrevivência, protecção e educação que se estenderam durante o século XVII e XVIII, o que permitiu algumas alterações no conceito da criança como cidadã (Soares, 2005), “durante os últimos 200 anos as crianças passaram de um estatuto pessoal e social enquanto indivíduos com direitos, sendo encarados essencialmente enquanto propriedade dos pais, para um estatuto pessoal parcial com alguns direitos de auto-determinação associados a crescentes direitos de provisão e protecção” (Soares, 2005:27).

Já no século XIX, as disciplinas como Psicologia, Medicina, Sociologia permitiram estabelecer a separação das crianças relativamente aos adultos, com todas as suas

características específicas e únicas de protecção, vulnerabilidade, atribuindo um novo valor à infância (Soares, 2005).

Em Portugal a questão da infância enquanto problema social advém da transição do século XIX para o século XX na consolidação da organização de políticas sociais, de protecção e assistência e ainda do Golpe Militar de 1926 e na redefinição de novas ideias politico-sociais nesta problemática, atrasando-se o processo evolutivo deste conceito (Soares, 2005).

Ferreira (Soares, 2005) revela “que a construção social da infância é uma construção relativa e histórica comprometida com as transformações económicas, sociais e ideológicas” (Ferreira citado por Soares, 2005:28).

É no século XX que se inicia a caminhada para a construção de direitos para a infância (Soares, 2005).

Em 1913 foi efectuado o primeiro projecto de Organização de Protecção à Infância, interrompido pelo começo da 1ª Guerra Mundial, em 1919 foi estabelecido o Comité de Protecção à Infância da Sociedade das Nações, em 1921 foi criada a Associação Internacional para a Protecção à Infância. Em 1923 Eglantine Jebb constituiu o Movimento de Defesa dos Direitos da Criança que em 1924 passou a Declaração dos Direitos da Criança, momento primordial no que respeita aos direitos da infância (Soares, 2005).

Em 1946 a Declaração dos Direitos da Criança foi aumentada e alterada, contudo somente em 1959 a Declaração Universal dos Direitos da Criança foi aceite pelos 78 Estados membros da ONU (Organização das Nações Unidas). A alteração mais significativa da Declaração de 1959 “foi a construção da ideia da criança como sujeito de direito internacional e como sujeito de direitos civis (...)” (Soares, 2005:31).

Em 1979 o governo polaco organizou a Convenção dos Direitos da Criança, produto de intensas e extensas negociações, atribuindo a cada criança a sua individualidade e personalidade conferindo-lhe protecção e liberdade (Soares, 2005).

Esta convenção engloba três direitos:

- **Direito da Provisão**, em que cada criança tem direitos como saúde, educação, segurança social, cuidados físicos, vida familiar, recreio e cultura (Soares, 2005).
- **Direito de Protecção** no que respeita a discriminação, abuso físico e sexual, exploração, injustiça e conflito (Soares, 2005).
- **Direito de Participação** o que confere à criança o direito à informação, à liberdade de expressão e opinião, bem como direitos civis e políticos, e tomada de decisão em seu benefício (Soares, 2005).

Em Portugal foi criado em 1996 a Comissão Nacional dos Direitos junto da Criança que tinha como principal função promover e divulgar os direitos junto das crianças e de todos os

profissionais envolvidos nesta problemática, todavia esta Comissão teve uma breve duração, cessando as suas funções em 1999 (Soares, 2005).

Nesse âmbito muitas outras foram instituídas a nível nacional, tais como: o Comité Português para a Unicef, a Associação Portuguesa para o Direito dos Menores e da Família, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Instituto de Apoio à Criança, a Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil, estas demonstram já alguma preocupação e respeito pelo estatuto da criança no nosso país. Contudo Sgritta (1997) considera “que a infância ocupa, ainda uma posição marginal na agenda política e económica da sociedade (...), muito haverá ainda a fazer no domínio das mudanças estruturais para dinamizar projectos inovadores que visem estabelecer o cimentado estatuto de minoria” (Soares, 2005:58) da infância.

## 1.2 - História do Maltrato Infantil

As referências aos maus-tratos em crianças remontam os testemunhos escritos no antigo testamento, e ainda biografias tais como a de Camilo Castelo Branco, Soeiro Pereira Gomes entre muitos outros (Canha, 2003).

Antigamente procedimentos brutais a crianças eram considerados socialmente correctos, só com o evoluir do tempo e das modificações a nível social e cultural, é que a criança adquiriu o estatuto de cidadã, e lhe foi reconhecido os seus direitos (Canha, 2003).

Todavia e apesar de toda esta evolução, os maus-tratos à criança persistem ainda nos nossos dias. O infanticídio foi prática utilizada e aceite por todas as sociedades e civilizações, são vários os exemplos relatados por todo o mundo, tais como, a imolação do primogénito quando o rei corria perigo na Grécia Antiga, em Esparta muitos bebés considerados inúteis eram abandonados no cimo das montanhas, na Alemanha mergulhavam os seus bebés em água gelada, e só merecia viver quem sobrevivesse a tal provação, muitos filhos ilegítimos desapareceram, sem causa registada (Canha, 2003).

As crianças do sexo feminino tiveram sempre maior probabilidade de maus-tratos e ainda de serem mortas (Canha, 2003).

No século XVIII, foi criado um local em que se deixavam crianças abandonadas, a chamada “Roda” que pertenciam às misericórdias, igrejas (Canha, 2003)

Embora a ideia que reinava era a de poder absoluto dos pais sobre as crianças, existiam personalidades que “lutavam” pela dignidade destas, como Platão. No século IV foram criadas no Império Romano, leis de condenação do infanticídio, no século XVIII Rousseau defendeu o fim do castigo corporal, foi com este autor que se criou um novo conceito de criança, com o respeito pelos seus valores e dignidade humana (Canha, 2003).

Foi no Século XIX com o surgir da revolução industrial que surgiram as grandes diferenças de estratos económicos ou seja as crianças das famílias ditas de classe alta eram bem tratados, enquanto as crianças de famílias pobres eram exploradas pelo trabalho infantil. Só em 1882 é que Abraham Jacobi, regulamentou o trabalho infantil nos Estados Unidos da América (Canha, 2003).

A igreja católica criou locais para acolher crianças abandonadas, o primeiro é datado de 787. No início do século XX a criança começa a ser vista como um ser social integrada na sociedade. Considere-se o século XX “como o século de emergência de sucessivas imagens da criança, como sujeito de direitos” (Soares, Tomás, 2004:5), já que é nesse que foram elaboradas a Declaração de Genebra, a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959) e a Convenção dos direitos da criança (1989), dando um importante contributo para a imagem da criança protegida (Soares, Tomás, 2004).

É ainda neste século que se assume a imagem da criança cidadã, “que acentua a indispensabilidade de promoção da sua inclusão no processo de cidadania, o que implica, para além de outros aspectos, a valorização e aceitação da sua voz e participação nos seus quotidianos (...)” (Soares, Tomás, 2004:6).

É datado de 1860 o primeiro artigo médico sobre o tema dos maus tratos em crianças por Ambroise Tardieu. A primeira decisão judicial favorecendo uma criança e retirando-a aos pais por motivo de maus tratos foi em 1871 (Canha, 2003).

Foi na década de 50 que Henry Kempe (pediatra) liderou um grupo de investigadores com importante influência nesta área de estudo, a designação de criança batida, até então utilizada, foi substituída pela criança maltratada, referindo-se assim à “criança que sem sinais evidentes de ter sido batida apresenta manifestações de privação emocional, afectiva e nutritiva de negligência ou agressão” (Canha, 2003:26).

Na década de 70 em alguns hospitais foram criadas equipas multidisciplinares vocacionadas para a problemática/diagnóstico da criança em risco ou crianças maltratadas (Canha, 2003).

Em Portugal foi nomeadamente nos anos 80 que o tema da criança maltratada suscitou maior interesse, em 1986 foi organizado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria um congresso subordinado ao tema “a Criança Maltratada”. Foi também nesta década que foram organizados vários grupos de apoio à criança vítima de maus tratos em hospitais centrais, tais como Hospital Santa Maria, e no Hospital Pediátrico de Coimbra (Canha, 2003).

Em 1990 foi ratificado na Assembleia da República a Convenção dos Direitos da Criança. Em 1991 foram criadas as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) constituídas por médicos, assistentes sociais, elementos da comunidade e representantes dos tribunais (Canha, 2003).

Contudo todos os organismos que têm sido constituídos ainda não conseguem, actualmente ter capacidade de resposta para todas as situações de risco, e casos de maus tratos que ocorrem, não só no nosso país, como por todo o mundo.

Nos anos 90 o número de crianças maltratadas foi vinte vezes superior à década de 70 (Canha, 2003).

### 1.2.1 - Maus tratos infantis

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006) o conceito de criança maltratada refere-se a maus – tratos físicos e emocionais, negligência, abuso sexual e podem ocorrer aos mais variados níveis, os responsáveis por esses maus - tratos podem ter diversas origens tais como: pais e outros familiares, pessoas significativas à criança, pessoas desconhecidas, outras crianças, profissionais de saúde, agentes de autoridade e professores, (OMS, 2006).

Para a Direcção Geral de Saúde os maus tratos “constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos (Direcção Geral de Saúde, 2007:7).

Segundo Magalhães o conceito de maus tratos reporta-se “ a qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças, jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder” (Magalhães, 2004:33).

Contudo “os maus tratos a crianças não são um fenómeno recente, produto da modernidade, nem há dados que sustentem a ideia por muitos defendida de que a sua expressão é actualmente maior do que noutros períodos” (Martins, 2001:1). Note-se que o que se verificava há algumas décadas atrás era o facto das famílias viverem resguardadas nos seus recantos íntimos e privados sem exposição pública. Actualmente vive-se num contexto de vigilância próxima das crianças e suas famílias, criando assim o conceito de maltrato infantil (Martins, 2001).

A criança/jovem maltratada foi durante séculos uma realidade aceite e tolerada pela sociedade. Actualmente verifica-se uma maior sensibilização em relação a este problema e a violência expressa ou silenciosa, começou a preocupar os responsáveis do mundo inteiro (Magalhães, 2005).

### 1.2.2 - Tipologia do maltrato

Existem várias formas de mau trato sendo estas classificadas da seguinte forma:

**Negligência** – caracterizando-se por “um comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com um menor (...) não sendo proporcionada a satisfação das necessidades básicas”(Magalhães, 2005:34). Este tipo de maus tratos pode manifestar-se de forma activa, com intenção de causar danos na criança, ou ainda de forma passiva, tendo origem na incapacidade dos pais de cumprirem as suas funções (Direcção Geral de Saúde, 2007), esta pode assumir diversas formas tais como: domínio físico, psico-afectivo, educativo, pode ser temporário ou definitivo.

Os efeitos deste tipo de mau trato reportam-se a falta de afectividade, hiperactividade, isolamento, baixo rendimento escolar, descontrolo de esfíncteres e ainda comportamentos de risco, e num faixa etária mais tardia serem negligentes com os próprios filhos (DGS, 2007)

**Maus tratos físicos:** Definem-se como “um recurso intencional e não accidental à força física, ou actos de omissão não accidentais, por parte dos pais ou outras pessoas que cuidam da criança, com o objectivo de magoar, injuriar ou destruir essa criança” (Gil citado por Alberto, 2004:33). Este tipo de maltrato engloba a síndrome de criança batida, abanada, queimaduras, fracturas, traumatismos, sufocação, intoxicações, afogamento, é a responsável pelo elevado índice de morbilidade, incapacidade definitiva e mortalidade, sendo de muito frequente detecção nas urgências hospitalares, devido ao seu carácter grave e agudo (DGS, 2007).

**Abuso sexual** é qualquer situação forçada ou não, que pode ser ocasional ou repetida, que inclui a exibição de pornografia e o acto da relação sexual, poderá também ser incluído neste item a pornografia infantil, o que poderá trazer consequências e traumas nefastos ao desenvolvimento da criança, (Alberto, 2004). Baseia-se numa “relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estadio de desenvolvimento” (DGS, 2007), não consegue compreender quem é a vítima, não consegue efectuar a denúncia, não está estruturalmente preparada e não dá o seu consentimento informado (DGS, 2007). Poderá ainda ser intra ou extra-familiar sendo mais frequente e difícil de esclarecer o primeiro (Magalhães, 2005), já que muitas vezes nestes casos é muito frequente a “imposição do segredo e do silêncio, sentimento inculcado à criança de que ela é especial e que por isso foi escolhida e recebe esse apreço, ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso” (DGS, 2007:17).

**Abuso emocional:** “constitui um acto da natureza intencional caracterizado pela ausência ou inadequação, persistente ou significativa, activa ou passiva, do suporte afectivo e do reconhecimento das necessidades emocionais do menor” (Magalhães, 2005:35), deste acto poderá resultar a baixa auto-estima por um desadequado desenvolvimento físico, social e familiar,

hospitalização, abandono afectivo, ridicularização, humilhação, rejeição, aplicação de castigos inadequados convém referir que este tipo de maltrato está presente em todos os outros (Magalhães, 2005).

**Síndrome de Munchausen por Procuração:** Este síndrome relaciona-se com o facto de um elemento da família atribuir à criança um conjunto de sinais e sintomas com o objectivo de convencer a equipa de saúde, de que a criança é portadora de alguma doença específica, submetendo-a a procedimentos e exames invasivos e necessidade muitas vezes de internamentos prolongados para despiste de situações graves do ponto de vista clínico (DGS, 2007). Sendo assim “trata-se de uma forma rara de maus tratos e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico” (DGS, 2007:18). Traduzindo-se muitas vezes por administração de medicamentos que provocam sintomatologia ou sobredosagens, alterar sangue ou urina com contaminantes bacterianos, semi-sufocar a crianças várias vezes, aquecimento de termómetros para simular hipertermias (DGS, 2007).

### 1.2.3 - Factores de risco

A situação de risco relaciona-se com a probabilidade do não cumprimento dos direitos de criança no que respeita a sua saúde, educação, formação, segurança e desenvolvimento. Cabe aos serviços de saúde para além da detecção e diagnóstico destas situações e da sua intervenção adequada a prevenção e reestruturação destes casos em que existe efectivamente perigo (DGS, 2007).

A lei nº 147/99 de 1 de Setembro estipula no nº 2 do artigo 3º quais as situações de perigo para a criança e jovem:

- “Estar abandonada ou viver entregue a si própria,
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais,
- Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal,
- Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados À sua idade, dignidade e situação pessoal, ou prejudiciais À sua formação ou desenvolvimento,
- Estar sujeito, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional,
- Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação. Educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação” (DGS, 2007:8).

Os factores de risco no que respeita ao maltrato infantil são todas as influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou manutenção de tais situações: o hábito, condição ambiental, condição fisiológica ou outra variável que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Incluem variáveis que vão desde a condição física à condição emocional. A presença de factores de risco não significa que ocorra, de forma automática, a doença, incapacidade ou acidente, significa, isso sim, que aumenta as probabilidades da sua ocorrência. Esses factores de risco podem surgir do mundo interno da pessoa ou do seu ambiente. (Caldeira citado por Costa, 2000).

Existem ainda aspectos fundamentais a ter em conta, na abordagem das situações de maus tratos, que podem potenciar ou negligenciar a intervenção dos profissionais tais como (DGS, 2007):

#### Aspectos do contexto social e cultural

- Aceitação de violência como forma de disputa interpessoal,
- Tolerância social para a educação através de punição física,
- Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente a masculinidade, associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade de cuidar,
- Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais, fenómeno migratório, isolamento) (DGS, 2007).

#### Aspectos da dinâmica familiar e institucional

- Dificuldades de comunicação,
- Déficit de apoio social, económico, psicológicos,
- Existência de comportamentos adictos, de doenças crónicas, precaridade no emprego,
- Destruturação familiar,
- Institucionalização de crianças,
- Bullying (DGS, 2007).

#### Aspectos ligados aos pais ou quem tenha a guarda de facto da criança

- Alterações no processo de vinculação,
- Comportamentos não saudáveis,
- Processo de doença,
- Antecedentes de maus tratos,
- Parentalidade em idade jovem,
- Padrões de vida desviantes (DGS, 2007).

#### Aspectos ligados à criança/jovem

- Personalidade da criança que interfere com a dos pais,
- Prematuridade do bebé e sua consequente fragilidade,
- Crianças com necessidades especiais,
- Sexo da criança (quando não corresponde ao desejo dos pais) (DGS, 2007).

#### **1.2.4 - Modelos explicativos do maltrato**

Existem vários modelos explicativos do maltrato infantil “incluindo modelos que realçam as causas relacionadas com distúrbios psiquiátricos parentais, stress social, atitudes e crenças culturais, características das crianças e perturbações na interacção familiar” (Alberto, 2004:34).

O **modelo psiquiátrico** é considerado o primeiro na abordagem ao maltrato infantil, dá ênfase aos aspectos cognitivos, afectivos e motivacionais do adulto como causa do maltrato infantil, neste modelo é característica a depressão, diminuição da auto-estima, numa primeira apreciação deste modelo é analisado que a causa do abuso infantil é da responsabilidade dos pais, o intuito deste modelo é realçar que a causa do maltrato reside na personalidade dos pais que os diferencia dos pais não abusivos contudo, e com o evoluir do tempo os pais também podem ser considerados vítimas e necessitar de ajuda urgente “as famílias que maltratam emitem sinais que deveriam ser compreendidas pelos profissionais em contacto com a família” pois senão for efectuado esse despiste, perante uma situação de crise os pais podem maltratar os seus filhos (Alberto, 2004:35).

No **modelo psicodinâmico** é defendida que a patologia da relação com graves problemas de comunicação é o foco central do maltrato, sendo as causas do maltrato a díade mãe/filho pai/filho (Alberto, 2004). Todavia “as perspectivas explicativas do maltrato cuja aceitação é mais generalizada são as que se inserem numa abordagem mais globalizante e interaccionista”

(Alberto, 2004:36) ultrapassando a componente diádica e reportando-se para uma forte componente sociocultural (Alberto, 2004).

No **modelo sócio-interaccional** é explicado o maltrato através do stress e estrutura de organização social, visando as relações estabelecidas na família bem como os suportes sociais e grupos sociais a que pertencem o núcleo familiar (Alberto, 2004).

No entanto este modelo deixa ainda por clarificar as influências culturais e a sua transversalidade, já que é comum a todas as classes sociais, todos os grupos sociais.

Contudo este modelo “alarga a compreensão do maltrato infantil à estrutura familiar, como unidade de reprodução social e de aprendizagem social” (Alberto, 2004:37).

Quando se fala no **modelo sistémico** é considerado um grupo de factores facilitadores do maltrato na criança implicando a colaboração de profissionais de várias áreas, estabelecendo comunicação entre si por forma a analisar este fenómeno complexo (Alberto, 2004). Este modelo integra factores familiares, sócio-económicos e sócio-culturais realizando uma abordagem holística da violência como responsáveis pelas situações maltrato (Gil citado por Alberto, 2004). Para analisar este modelo são constituídos sistemas gerais que vão englobando outros mais internos influenciando-se conjuntamente, no sistema mais inferior encontram-se os factores pessoais enfatizando-se as características do agressor e da vítima como facilitadoras do maltrato, seguidamente num sistema mais alargado o contexto familiar analisando as suas interações, o papel da mãe e as relações na comunidade, por último analisa-se um sistema mais alargado que inclui todos os anteriores, o contexto sócio-cultural “cujos valores e referenciais dão directrizes do que é aceite ou não, do que é bom ou mau na relação com a criança e na sua educação bem como o papel global da família” (Barudy, Gil, Ochotorena e Madriaga citado por Alberto, 2004:38).

Por último define-se o **modelo ecológico** onde é explicado que “os indivíduos estão integrados em sistemas múltiplos dinamicamente conectados, exercendo influências directas ou indirectas nas condutas” (Alberto, 2004:38). Este modelo divide-se em três grupos, o microsistema (contexto familiar), o exossistema (contexto social da criança/família), e o macrossistema (a cultura da criança/família).

O **microsistema** é o mais interno dos sistemas deste modelo, é constituído por três grupos de factores de risco, as características do abusador, as características da criança e as do contexto familiar. (Alberto, 2004).

**Características do abusador:** Na tentativa de se caracterizar o perfil do agressor algumas especificidades foram estabelecidas tais como imaturidade, impulsividade, dependência, sadomasoquismo, egocentrismo, narcisismo, contudo estas características não são por si só conclusivas em relação à personalidade do agressor (Alberto, 2004). O único modelo de educação familiar que estes pais conhecem rege-se pela violência, traduzindo-se num deficit de sensibilidade, formação e conhecimento (Alberto, 2004). No que respeita à criança “os pais maltratantes ignoram quais as características específicas dos diferentes níveis de desenvolvimento infantil, não conseguindo captar, nem responder de forma adequada às necessidades da criança” (Alberto, 2004:40).

É importante ainda referir outro aspecto fundamental no maltrato infantil, o processo de parentificação, em que os pais substituem a imagem da criança como sujeito passando a mero objecto das suas necessidades e frustrações, muitas vez os pais maltratantes foram igualmente crianças maltratadas, contudo nem só estes indivíduos são potenciais agressores, pois “qualquer um pode ser um pai maltratante” (Alberto, 2004:43).

**Características da Criança:** Numa família nem todos os filhos são vítimas de maus tratos, muitas vezes é escolhido unicamente uma criança.

Observa-se muitas vezes que a criança poderá impulsionar o maltrato através do seu comportamento e personalidade (Clara, Clark e Clark, Vesterdal citado por Alberto, 2004). Em muitos casos estas crianças não interagem com os pais, gritam, choram, e em muitas situações poderão ter uma presença desagradável fisicamente (Vesterdal, Ochotorena e Madriaga, citado por Alberto, 2004), em muitos casos uma gravidez não desejada contribui para situações de maus tratos, “no entanto muitas das crianças maltratadas foram desejadas, em quem os pais depositaram muitas esperanças que não consideram concretizadas” (Alberto, 2004:43).

Pode-se então distinguir dois grupos de criança em risco de maus tratos, todas as características que não dependem delas (gravidez não desejada, parto prematuro, deficiência) e ainda as características específicas do comportamento desta (agressividade, hiperactividade) (Alberto, 2004).

**Sistema familiar:** A interação familiar e a comunicação são factores importantes para o maltrato, a recorrência à violência física, verbal causa destruturação familiar e conseqüentemente aparecem crianças maltratadas. Também relações conjugais conflituosas e violentas contribuem para os maus tratos na criança, a existência de uma fraca comunicação dentro da família é um factor decisivo nesta problemática, “o maltrato resulta de uma escala de conflito e agressão nas interacções familiares, na medida em que, por um lado, o uso da punição física aumenta os actos de desafio e provocação por parte da criança, promovendo assim um ciclo vicioso (...)” (Alberto, 2004:45).

Contudo existe ainda muitas dificuldades em conseguir-se distinguir entre famílias maltratantes e não maltratantes, resumindo-se a distinção ao uso frequente de violência e métodos de punição da primeira em relação à segunda (Alberto, 2004).

Estudos sociológicos realizados referem dois factores do **exossistema** que influenciam os maus-tratos no contexto familiar, as condições de trabalho e a comunidade. Relativamente ao trabalho há a destacar a grande incidência de pais maltratantes desempregados, a precaridade dos contratos de trabalho, as baixas remunerações, a relação de obediência para com o chefe e superiores. No que respeita a comunidade verifica-se que estas famílias isolam-se socialmente, diminuindo a sua capacidade de desenvolvimento e formação (Alberto, 2004).

Todavia é importante referir que muitas famílias de baixo estatuto sócio-económico não são maltratantes, pois como atrás foi referido, qualquer um pode ser um potencial agressor, não descurando a análise do tipo de famílias. O stress é responsável pelo desencadear de situações de crise em qualquer indivíduo, sendo este um factor de risco acrescido em todas as famílias,

sobretudo nas de elevado estatuto económico pela exigência e competitividade no mundo do trabalho (Alberto, 2004).

Um dos elementos centrais do exossistema é “o efeito dos factores deste sistema é potenciado pela aceitação e legitimação sociais de certas situações violentas como forma de educação e manifestação de autoridade e afirmação parental” (Ochotorena e Madriaga, et.al citado por Alberto, 2004:47).

No **macrossistema** encontramos referenciados os padrões de cultura, e seu conjunto de valores em cada sociedade, este sistema de valores e conhecimentos inclui nas atitudes sociais face à violência, à punição corporal e à criança” (Alberto, 2004:47).

A criança e todos os seus direitos são aceites de formas diferentes no que respeita cada cultura e sociedade em que está inserida, de acordo com a história e seus antepassados, é assim também interpretado a condição de maltratado e maltratante. Sendo assim “cada macrossistema, na medida em que estabelece os limites socialmente aceites e que considera correctos, marca igualmente as situações que permitem, facilitam ou pelo contrário dificultam e entram os diferentes tipos de maltrato” (Alberto, 2004:49).

### 1.2.5 - Consequências orgânicas e psicossociais

O maltrato infantil pode desenvolver na criança consequências pertencentes a diferentes domínios. No **domínio orgânico/físico** destacam-se as fracturas, hematomas, queimaduras, invalidez temporária, lesões cerebrais e deficiências sensoriais, na situação de criança abandonada, poderá ocorrer hemorragias cerebrais, ocorrendo muitas vezes lesões permanentes, também a diminuição da secreção da hormona do crescimento, provoca atrasos do desenvolvimento físico, cognitivo e afectivo graves na criança (Alberto, 2004).

No **domínio comportamental** inscreve-se uma redução da actividade, crianças passivas, isolamento social, “as crianças maltratadas serão passivas e submissas perante a autoridade e agressivas perante pessoas com ausência de autoridade e poder” (Erickson, Egelanda e Pianta, Green citado por Alberto, 2004:51)

. O **domínio cognitivo** caracteriza-se pela diminuição do interesse pelas actividades nas crianças, diminuição na concentração, dificuldades na aprendizagem e mau aproveitamento escolar (Alberto, 2004).

No que respeita ao domínio **sócio-afectivo** “a criança maltratada vai apresentar dificuldades em distinguir o que é desejável e aceite do que é efectivamente punível e indesejável” (Nesterdal citado por Alberto, 2004:52), dificuldades na comunicação e adaptação aos professores e colegas, apresentam relações conturbadas, exibindo ainda atitudes auto-destrutivas, a angústia

é também predominante no universo destas crianças, apesar de serem maltratadas têm atitudes positivas em relação a estes como modo de se valorizarem e apoiarem e algo igualmente positivo.

No que respeita ao **desenvolvimento global** há ainda a referir consequências a nível do atraso de algumas competências que irá interferir no desenvolvimento intelectual, psicomotor, social e afectivo da criança (Walsh citado por Alberto, 2004).

Considera-se que o estudo desta problemática apresenta sérias lacunas no que respeita ao cuidar da criança em toda a sua globalidade não compreendendo as consequências secundárias ao maltrato, não analisando na grande parte dos casos a criança em questão mas sim um conjunto de crianças de forma geral colocando assim mais uma barreira à evolução e desmistificação deste problema tão complexo.

### 1.3 - Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada

No que respeita à criança maltratada a intervenção na área da saúde está estabelecida na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº147/99 de 1 de Setembro) processando-se mediante três níveis de acção (DGS, 2007).

1º nível – É conferida responsabilidade às entidades com competência em matéria de infância e juventude com legitimidade em áreas como a de saúde, educação, lazer, entre outros (DGS, 2007).

2º nível – Em situações que o 1º nível não possa intervir, a responsabilidade é remetida às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) nos quais os profissionais de saúde são parte integrante (DGS, 2007).

3º nível – É nos tribunais que reside a intervenção e legitimidade na Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (DGS, 2007).

Os serviços de saúde podem intervir na Protecção de crianças/jovens mediante o consentimento e não oposição de quem tem essa função, contudo estes serviços não têm “legitimidade para aplicar as medidas de Promoção/Protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva da CPCJ e dos Tribunais” (DGS, 2007:5).

Todavia para que todo este processo resulte é necessário a dinamização dos serviços, formação dos profissionais, promover uma resposta atempada e adequada a cada situação (DGS, 2007).

Os serviços de Saúde têm particular responsabilidade “na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos” (DGS, 2007:19).

Muitas são as barreiras que cada profissional encontra no dia-a-dia da sua intervenção, tais como o deficit de informação nesta área, a não existência de protocolos que facilitam o encaminhamento de cada situação, a dificuldade em intervir junto de cada criança/família, o não conhecimento da rede de apoio ou a sua inexistência, são dificuldades que se colocam ao profissional/pessoa que segue cada caso.

Cada profissional actua de acordo com o limite das suas competências, “fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a intervenção técnica nos diferentes níveis de acção deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade (...)”(DGS, 2007:20).

Os Princípios orientadores de intervenção junto de crianças e jovens em risco/perigo rege-se por: O interesse superior da criança, a sua privacidade, intervenção precoce sempre que possível, intervenção mínima salvaguardando os direitos da criança e dos que a rodeiam, a intervenção proporcional e actual tentando minimizar as alterações e constrangimentos ao quotidiano da criança, o exercício de responsabilidade parental, a obrigatoriedade de informação devendo a criança/família serem informados em linguagem clara e adequada de todo o processo, a

participação da definição do desenrolar e decisão do processo, tendo audiência obrigatória os pais e a criança a partir dos 12 anos, a subsidiariedade na intervenção como base nos três níveis acima descritos.

Em todas as situações de maus tratos os profissionais têm o dever de respeitar um conjunto de pressupostos no que respeita ao relacionamento com a família tais como: “Assegurar um tratamento digno a todos os elementos (...), salvaguardar a privacidade e confidencialidade, evitar emitir juízos de valor (...), proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências, intervir com as famílias, responsabilizar” (DGS, 2007:21).

### **1.3.1- Intervenção nos Centros de Saúde**

Em caso de detecção ou sinalização de situação de criança vítima de maus tratos, há que proceder a um conjunto de normas no que diz respeito aos profissionais que exercem funções no Centro de Saúde.

1º) Proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento de cada situação.

2º) Nos casos mais complexos, a investigação necessita de informação adicional proveniente da rede interna do Centro de Saúde e nos contactos da sua rede externa.

3º) O Hospital poderá dar o seu parecer comprovativo do diagnóstico em causa.

4º) Poderá haver um encaminhamento para o Instituto de Medicina Legal para complementar o diagnóstico, como por exemplo nas situações de abuso sexual.

Confirmado o diagnóstico de maus tratos: O Centro de saúde solicita o consentimento verbal/escrito dos pais/representante legal da criança, bem como o da própria criança se tiver idade superior a 12 anos. Se este consentimento for negado o caso deverá ser encaminhado para a CPCJ da área da residência.

Sendo o consentimento dado, cabe ao profissional de saúde de monitorizar o estabelecimento do plano elaborado e sua respectiva avaliação.

Após verificação deste e constatado a ausência de perigo passa-se à fase de acompanhamento da criança/núcleo familiar por parte não só do Centro de Saúde como também das Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ).

Se o plano elaborado não foi aplicável o caso deve ser sinalizado à CPCJ. Se a situação em particular envolver perigo eminente para a criança a nível psico-físico-social é accionado um “procedimento de urgência”, de acordo com o artigo 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

### **1.3.2 - Intervenção nos Hospitais**

Em meio hospitalar sempre que haja desconfiança do diagnóstico de maus tratos é mandatório realizar um conjunto de procedimentos com o objectivo de manter ou restituir a protecção da criança.

Numa instituição hospitalar a prestação de cuidados pode ocorrer em dois níveis.

- Serviço de Urgência.
- Consulta Externa e Unidade de Internamento.

No entanto a intervenção dos profissionais de Saúde nesta questão não se resume somente aos serviços de Pediatria, sendo igualmente envolvidos, serviço de obstetrícia, serviço social, psicologia.

#### **1.3.2.1 - Intervenção no Serviço Urgência**

- Avaliação, intervenção e encaminhamento dos casos,
- Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR) papel de consultadoria durante o horário de funcionamento,
- Complementariedade de informação vinda da rede externa da criança (Centro de Saúde, Recursos de Comunidade),
- Comunicação ao NHACJR que continuará a condução do processo,
- Observação pelo Instituto de Medicina Legal, para caracterização dos casos, nomeadamente o abuso sexual,
- Observação do pedopsiquiatra e/ou psicólogo (DGS, 2007).

Quando estabelecido o diagnóstico de maus tratos a intervenção baseia-se:

- Se a criança apresenta lesões físicas ou encontra-se sob perigo iminente deverá ser internada,
- É colhido o consentimento aos pais/representante legal e o processo segue os protocolos instituídos,
- Contactar o serviço social que fará o encaminhamento para a CPCJ da área de residência,
- Após esta sinalização a CPCJ fará os contactos específicos (pais/representante legal) para obter consentimento para encaminhar o processo, articulando-se assim com o Hospital garantindo a protecção e bem-estar da criança,
- Se os pais/representante legal não der o seu consentimento a CPCJ reporta o caso ao Tribunal de Família e Menores, solicitando a devida intervenção,

- Se se estiver perante uma situação de emergência clínica e os pais/representante legal não der consentimento, deverá ser accionado imediatamente um procedimento de urgência (DGS, 2007).

Se a criança não apresenta critérios de internamento a nível físico deverá realizar-se uma avaliação dos factores de risco.

- A criança não está perante uma situação de perigo, pois os pais/representante legal garantem protecção, podendo este ter alta e o processo encaminhado para o NHACJR,
- Se a criança não apresentar critérios de internamento a nível físico mas apresentar perigo de integridade física e não há consentimento, cabe aos responsáveis de urgência orientar e encaminhar o processo com vista ao acolhimento temporário ou prolongar o internamento, solicitando de imediato a intervenção do Tribunal de Família e Menores da comarca que orientará o caso para o Ministério Público,
- Em qualquer dos casos, o processo deve ser do conhecimento do Tribunal que orientará medidas de protecção em 48 horas, promovendo o bem-estar e segurança da criança,
- Em casos extremos poderá ser necessário a intervenção policial para protecção da criança e/ou profissionais de Saúde,
- Noutras situações em que existe perigo mas que não existe oposição dos pais/representante legal pode ser accionado o serviço social que contactará a CPCJ,
- No caso de não existir o consentimento o processo segue para o Tribunal de Família e Menores, executando a sua intervenção (DGS, 2007).

### **1.3.2.2 - Intervenção em consulta/Internamento**

Em consulta ou internamento é estabelecido uma equipa multidisciplinar que acompanha o processo. É pedido consentimento aos pais/representante legal da criança para acompanhamento do caso e articulação com os recursos da comunidade. Deve ser sinalizado ao Centro de Saúde da área de residência e ficar cópia no processo hospitalar do NHACJR (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Se não existir consentimento os técnicos de saúde dão encaminhamento para o serviço social que sinalizará à CPCJ sendo posteriormente o Hospital informado da situação. A alta da criança ficará dependente da decisão da CPCJ ou do Tribunal (DGS, 2007).

### 1.3.3- Intervenção dos CPCJ e dos Tribunais

As CPCJ regem-se pela Lei nº 147/99 de 1 de Setembro, “as deliberações das CPCJ são vinculativas e de execução obrigatória para os serviços e entidades representados, artigo 25º” (DGS, 2007:35).

A sinalização poderá ser efectuada pelas entidades responsáveis em matéria de infância e juventude (ERMIJ), dessa sinalização deverá constar que todos os meios já foram utilizados para conferir a segurança/protecção à criança, sendo descrito o processo ao mínimo detalhe, essa sinalização poderá ser efectuada via telefone, escrita ou via presencial.

Todas as medidas a executar, pela CPCJ e Tribunal constam no artigo 35º da referida Lei (DGS, 2007).

- Apoio junto dos pais,
- Apoio junto de outro familiar,
- Confiança a pessoa idónea,
- Apoio para autonomia de vida,
- Acolhimento familiar,
- Acolhimento em instituição,
- Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção (exclusiva competência dos Tribunais, pela Lei nº 31/2003 de 22 de Agosto (DGS, 2007).

Caso não exista CPCJ na área de residência, a sinalização deverá ser efectuada ao Ministério Público do Tribunal da Comarca, “as CPCJ são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Direcção Geral de Saúde, 2007:36). A sua intervenção depende do consentimento dos pais/representante legal, ou da criança com idade superior a 12 anos (DGS, 2007).

1) O processo é analisado e se há constatação de perigo:

- É colhido o consentimento,
- Verificação da necessidade de aplicação de medidas de protecção da criança,
- Se sim, é estipulada a medida e obtido novo consentimento,
- Obtido o consentimento a medida é executada,
- Em algumas situações é pedida a articulação aos Centros de Saúde e Hospitais (DGS, 2007).

- a) Se a CPCJ não obtiver consentimento por parte dos pais/representante legal o caso é encaminhado para o Tribunal pois esta entidade não tem autonomia de decisão nestes casos (DGS, 2007).
  - b) Se em primeira instância a CPCJ obteve o consentimento e posteriormente for recusado a medida deliberada, numa situação de perigo, o processo é encaminhado para Tribunal, necessitando de intervenção judicial (DGS, 2007).
  - c) Se a medida deliberada for interrompida por parte dos pais/representante legal e jovem com idade superior a 12 anos, o processo é arquivado e remetido para Tribunal (DGS, 2007).
  - d) Se a CPCJ considerar que existe ainda recursos externos a esta que possam garantir a segurança da criança após sinalização da ECMIJ, o processo é devolvido e informada a entidade respectiva de tal decisão (DGS, 2007).
- 2) Se não se confirmar a situação de perigo ou a sua persistência:
- a) O processo é arquivado e informada a entidade que o sinalizou (DGS, 2007).
  - b) O acompanhamento do caso é da responsabilidade da ECMIJ mediante a intervenção do serviço social (DGS, 2007).
  - c) Necessidade de deliberação de medida tutelar, apesar da não existência de perigo, pelo que o processo é encaminhado para o Tribunal (DGS, 2007).
  - d) Accionamento de procedimentos de urgência, artigo 91º da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro (DGS, 2007).
- 3) A CPCJ após a sinalização de um caso pode considerar-se territorialmente incompetente e encaminhar o processo para a CPCJ da área de residência da criança (DGS, 2007).

#### **1.3.4 - Intervenção em situação de urgência**

Qualquer entidade para desencadear medidas que sejam adequadas à protecção da criança em causa, devem sinalizar o caso ao Tribunal ou entidade Policial. Para se activar um procedimento de urgência deve-se verificar 2 requisitos simultaneamente, “a existência de perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem, a oposição por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem” (DGS, 2007:38).

Se a medida executada for tomada por uma entidade de 1º nível, esta deve ser comunicada por escrito e de forma imediata ao magistrado do Ministério Público, pedindo a intervenção Judicial ou Policial, se a sinalização for após o seu horário de funcionamento, deve se comunicado ao magistrado de turno do Tribunal de Família e Menores da área de residência (DGS, 2007).

Em 48 horas o tribunal:

- Confirma as medidas a aplicar,
- Ou determina o que for mais conveniente em benefício do superior interesse da criança (DGS, 2007).

Neste tipo de procedimento não é verificado o Princípio de Subsidiariedade nesta intervenção “já que e sendo excepção à regra – o processo inicia-se desde logo no Tribunal correndo o processo Judicial de promoção/protecção os tramites legais” (DGS, 2007:39).

#### **1.3.5 - Outros procedimentos em situação de urgência**

O Centro Nacional de Atendimento telefónico/Saúde 24 (808242424) o público em geral pode informar-se sobre as orientações a executar mediante a suspeita de ou confirmação de uma situação de maus-tratos (DGS, 2007).

## 1.4 - Apoio Social

Cada vez mais conceitos como apoio social são objecto de estudo de vários investigadores, demonstrando a importância destes na protecção dos indivíduos nas várias situações de vida a que podem ser expostas (Cassel, Cobb citado por Serrano, 2007).

A definição destes conceitos torna-se urgente na medida em que possibilitam um melhor conhecimento sobre o indivíduo e o mundo que o rodeia porque disponibilizam meios de aprendizagem do seu quotidiano, “a ligação entre o apoio social e vários aspectos de adaptação psicológica oferece uma base teórica para o desenvolvimento de intervenções preventivas abrangentes” (Serrano, 2007:78) e ainda porque desenvolvem recursos de inclusão numa rede de relações ditas não profissionais (Serrano, 2007).

No que respeita ao apoio social Pierce et.al (Serrano, 2007) distingue duas perspectivas:

- Em que o apoio social relaciona-se com a ideia de como um indivíduo/família enfrenta uma determinada situação indutora de stress (Cohen e Wills citado por Serrano, 2007).
- Em que o apoio social contribui de forma decisiva para a construção de personalidade e desenvolvimento social (Mollin e Thomas citado por Serrano, 2007).

Muitas definições foram propostas sobre este conceito em estudo, contudo existe um que transmite um “consenso generalizado no que diz respeito ao facto do apoio social ser complexo e multidimensional e quanto ao facto de os aspectos distintos do mesmo influenciarem de forma diferente o funcionamento individual e familiar” (Trivette e tal citado por Serrano, 2007:78). Ou seja o apoio social reporta-se aos recursos, comunicação e instrumentos dados aos indivíduos em resposta às suas necessidades específicas (Cohen e Syme, Dunst, Trivette e Deal citado por Serrano, 2007).

Tardy (Serrano, 2007) define cinco factores que compõem o conceito de apoio social:

- Direcção: Este apoio é recíproco (dado e recebido),
- Disponibilidade: O apoio é disponibilizado, este item refere-se à quantidade e qualidade do apoio utilizado,
- Descrição/Avaliação: Refere-se à avaliação e descrição por parte do indivíduo que recebe o apoio,
- Conteúdo: Varia consoante a situação (apoio emocional, instrumental, informativo),
- Rede: “Refere-se à dimensão social do apoio. Os membros de uma rede podem incluir a família, amigos próximos, vizinhos, colegas de trabalho, membros da comunidade, ou profissionais entre outros” (Serrano, 2007:79).

Segundo Pierce et al (Serrano, 2007) o apoio social é um conceito complexo constituído por três elementos: esquemas, relações e transacções de apoio.

## 1.5 - Redes Sociais

Assiste-se actualmente à constante evolução social e tecnológica das organizações, sendo inevitável a sua junção no que respeita à determinação de parceria e definição de estratégias, fomentando cada vez mais a necessidade de cooperação organizacional (Silva, Fialho, 2006).

O indivíduo enquanto agente social apresenta-se em constante troca de experiências/vivências com outros indivíduos, grupos, elementos que encontra no seu quotidiano. Este papel social do indivíduo remete-nos para um conceito de rede. “O termo «rede» é para uma estrutura de laços entre actores de um sistema social. Estes actores podem ser papéis, indivíduos, organizações, sectores ou estados-nação” (Nohria, Eccles, citado por Silva, Arco, Fialho, 2009:6).

Ou seja o conceito de rede social traduz-se por um conjunto de actores entre os quais existe algum tipo de relação, uma rede pode englobar muitos ou poucos actores, estabelecendo vários tipos de relação dentro dessa mesma rede ou formando outras (Hanneman, n.d).

É importante referir que os actores das redes sociais, poderão ser pessoas, grupos, organizações (Hanneman, n.d).

Para Nohria (Silva, Fialho, 2006) o termo rede não é novo pois revela-nos que este conceito já vinha a ser utilizado na teoria organizacional desde o início do século XX cujo principal objectivo seria o de “obter soluções colectivas que, de forma isolada, seriam muito difíceis de atingir” (Silva, Fialho, 2006:2).

Segundo Perrow “pode dizer-se que a construção de redes de organizações é uma resposta para a tentativa de solucionar determinado leque de problemas que emergem no contexto organizacional” (Silva, Fialho, 2006:4)

Este processo de cooperação e dinamização em rede pode resultar numa estratégia de sucesso para o êxito das próprias organizações (Silva, Fialho, 2006).

Esta nova filosofia de actuação engloba três vertentes, onde a “colaboração e o sentimento de partilha passam a fazer parte desta nova forma de estar (...) a divisão do trabalho nas organizações e consequentes necessidade de especialização” (Silva, Fialho, 2006:5) e ainda “na óptica da Teoria dos sistemas em que as redes também se apoiam, O todo é maior que a soma das partes” (Silva, Fialho, 2006:5).

Na sociedade pode encontrar redes nos diferentes contextos. “as redes de fornecedores e de empresas, as múltiplas redes de comunicação, as redes associadas à intervenção social com públicos desfavorecidos, entre outros, são alguns dos exemplos desta pluralidade de redes” (Silva, Arco, Fialho, 2009:5).

Pode-se distinguir as fronteiras das redes através de três elementos de extrema importância, tais como:

**Económico:** “que pressupõe as actividades e recursos que servem de intercâmbio nas redes” (Silva, Arco, Fialho, 2009:6).

**Social:** “ no qual se enquadram os actores das redes e as relações de confiança que estabelecem entre si” (Silva, Arco, Fialho, 2009:6).

**Estratégico:** “que surge associado ao valor que é produzido no quadro de rede” (Silva, Arco, Fialho, 2009:6).

É ainda de grande relevância referir as principais razões de utilização de redes sociais a nível organizacional, segundo Nohria (Silva, Arco, Fialho, 2009).

A competição entre as organizações com o objectivo de encontrar relações de parceria e partilha, rejeitando as noções conservadoras de relações de competitividade (Silva, Arco, Fialho, 2009). “As metamorfoses no campo das tecnologias de informação despoletaram uma revolução no tipo de operações e interligações entre as organizações de todo o mundo” (Silva, Arco, Fialho, 2009:8). A evolução e consolidação de análise de redes como disciplina, instituída a nível académico (Silva, Arco, Fialho, 2009).

Para Molina (Gómez, Hernández, 2007) as características de uma rede que mais se destacam são a flexibilidade, a forma de organização e a reciprocidade.

### 1.5.1 - Sociometria

Foi através das técnicas sociométricas de Moreno que nos anos 30 foram descritas as bases para a análise de redes sociais (Fialho, 2007).

Deste período destacam-se alguns conceitos de extrema importância tais como: conceito de centralidade dos actores. Também Fritz Heider lançou a noção de balanço/equilíbrio, que trouxeram resultados positivos no estudo da liderança e cooperação dos grupos (Fialho, 2007). Durante os anos 30 psicólogos como Kurt Lewin, Jacob Moreno e Fritz Heider interessaram-se pelo estudo das relações sociais em pequenos grupos (Fialho, 2007).

A observação e recolha de grande quantidade de dados provenientes da sociometria, o estudo da quantificação e formalização das relações e a elaboração das teorias sobre as suas propriedades através do uso de grafos foram alguns elementos de relevância nesta perspectiva (Fialho, 2007).

### **1.5.2 - Jacob Moreno e os Testes Sociométricos**

A sociometria é a génese da análise de redes sociais e foi Jacob Moreno o seu grande impulsionador entre 1889 e 1974, criador do psicodrama e da sociometria teve como grande objectivo o estudo do homem em relação aos seus grupos (Fialho, 2007).

Sendo assim o grande “objectivo da sociometria reside no estudo matemático das propriedades das populações, colocando na prática uma técnica experimental sobre métodos quantitativos e expande os resultados da sua aplicação” (Fialho, 2007:11).

A base da recolha de dados designa-se sociograma e o teste sociométrico é o primeiro elemento para cada indivíduo do grupo referir e definir as relações numa determinada actividade (Bastin, 1980 citado por Fialho, 2007).

O desenho do gráfico que daí se obtém constitui o sociograma que segundo Moreno representa o “invisível”, “este sociograma permite então a formação de um mapa com as escolhas, interacções e relações entre os membros do grupo (...) perceber a posição real ocupada por cada indivíduo no grupo bem como as inter-relações que se vão estabelecendo” (Fialho, 2007:12).

### **1.5.3 - Harvard e Chicago**

O antropólogo W. Hoy Warner colaborou com Elton Mayo, o psicólogo social, em vários estudos que tinham como principal objectivo a “identificação dos aspectos psicológicos e sociais no rendimento dos trabalhadores” (Scott 2000, Molina 2001 citado por Fialho, 2007:14).

Entre vários ganhos, estes estudos possibilitaram a identificação de cliques, que dizem respeito ao conjunto de pessoas com laços informais que descrevem as suas actividades no quadro do trabalho (Fialho, 2007).

Este tipo de estudo facilitou a compreensão de que não só as pessoas mas também os grupos de que estas fazem parte se articulam entre si, numa rede completa de relações dentro de um sistema social, foi devido a estes autores que se passou a considerar as matrizes que relacionam pessoas e situações (Scott, 2000, Molina, 2001 citado por Fialho, 2007).

#### **1.5.4 - Escola de Manchester**

John Barnes (1954) foi considerado o 1º investigador a utilizar o termo “rede” (Molina, 2001 citado por Fialho, 2007).

Elisabeth Bott (1955) introduziu o termo conectividade ao estudar a segregação nos papéis conjugais dos casamentos urbanos, eram uma função de rede social, “a estrutura das relações tinha uma capacidade explicativa maior que a pertença a categorias sociais ou grupos institucionalmente definidos” (Molina, 2001 citado por Fialho, 2007:16).

Da escola de Manchester exaltam-se alguns nomes que deram o seu valioso contributo para a análise de redes sociais. Kapfereer introduziu o conceito de “multiplexidade” ainda hoje utilizado nesta metodologia. Com Mayo surgiram novos contributos tais como: “vínculos fortes”, “vínculos débeis” (Fialho, 2007).

É desta escola que ressaltam alguns conceitos formais: densidade, multiplexidade, reciprocidade, intensidade e durabilidade (Varanda, 2001 citado por Fialho, 2007).

#### **1.5.5 - Escola de Harvard**

Nos anos 70, com Harrison White e o seu grupo da escola de Harvard que se faz a ruptura da sociometria clássica entre os actores para a da relação entre as posições estruturais, ou seja “a interacção dos actores conduz até à definição das posições do sistema social, a partir de relações entre essas posições à estrutura do todo” (Fialho, 2007:18).

É nesta altura que a teoria das redes deixa de se limitar à análise de pequenos grupos e de redes ego-centradas passando para situações de redes macro-estruturais (Fialho, 2007).

#### **1.5.6 - Dos anos 80 aos nossos dias**

É nos anos 80 que se dão grandes desenvolvimentos no que respeita a metodologia de análise de redes sociais. Existem 3 grandes linhas de investigação que são referidas:

1. “O trabalho sobre os constrangimentos impostos pela posição na rede sobre a acção, que levou ao conceito de autonomia estrutural de Burt e de Embeddedness em Granovetter;
2. A investigação referente às redes sociais como oportunidades ou recursos para atingir determinados fins, que é o caso do conceito de capital social desenvolvido por Coleman e Granovetter, entre outros;

3. E os temas de influência e difusão de inovações desenvolvidas por vários estudiosos, como Mansden, Freedkin, Burt e Valente, que postulam uma visão mais dinâmica da análise de redes, pois vêm-nos como canais que os actores utilizam para influenciar os comportamentos de outros” (Galaskiewicz e Wasserman, 1993 citado por Varanda, 2001 citado por Fialho, 2007:19).

Actualmente esta metodologia centra-se em 4 pontos fundamentais (Wasserman e Faust, 1994 cf Molina, 2004 citado por Fialho, 2007)

1. A utilização de métodos estatísticos cria a possibilidade de ajustar proposições,
2. Criação de software estatístico para visualizar os gráficos de redes,
3. Recolha de informação precisa,
4. Constante melhoria de análises sociais longitudinais.

Por todo o mundo, investigadores têm investido na área da análise de redes sociais. Segundo Molina existem 5 razões para este tema ser alvo de grande atenção (Fialho, 2007).

1. “As redes sociais tanto podem ser metáforas, paradigmas ou técnica” (Molina 2004 citado por Fialho, 2007:19),
2. A utilização de sociogramas,
3. Integração de investigadores provenientes de outras áreas que trouxeram contributos na utilização de dados na internet, no correio electrónico,
4. “Permitiu avanços na teoria social na forma como se representa a realidade” (Molina, 2004 citado por Fialho, 2007:20),
5. Elevado crescimento desta área na vertente académica com a formação de grupos de investigação.

Por todo o mundo são publicadas produções científicas nesta área, tais como: Networks, Connections, revista on-line Journal of Social Structure, revista Redes (espanhola). No que respeita ao software estatístico de análise de redes sociais é mencionado o Ucinet , e para redes de grandes dimensões o Pagek (Fialho, 2007).

## 1.6 - Qualidade em Saúde

Saúde é um conceito que se constrói através de várias significações. “A saúde, característica principal da nossa vida é um domínio de acção que diz respeito a todos nós. Mas o seu sentido é variável aberto a múltiplas interpretações. É um domínio de acções desordenadas, confusas, por vezes contraditórias (Honoré, 2002:18).

Nos últimos vinte anos muitos foram os investigadores que tentaram acompanhar a evolução deste conceito com o objectivo principal de iniciar a chamada política de saúde (Honoré, 2002). “A questão da saúde impregna profundamente os discursos e as nossas práticas. Portadora de esperança e revelador de crenças, impõe-se-nos de uma forma perturbadora, questionando os nossos modos de vida e as nossas concepções de existência” (Honoré, 2002:19).

A saúde acaba por não se explicar na sua essência, mas sim compreende-se (Honoré, 2002). Para compreendermos saúde temos de interligar, cruzar, identificar todos os elementos que se relacionam com este conceito (Honoré, 2002).

A saúde é assim um termo em plena mudança em todos os contextos sócio-político-económico.

Segundo o European Monitoring Centre on Change “a área da saúde enfrenta desafios semelhantes na adaptação ao envelhecimento demográfico, alterações no emprego e nos padrões familiares e evolução tecnológica em todo o Mundo” (Goes, Teixeira, Rita, 2004:1).

Assiste-se actualmente em Portugal a mudanças decisivas neste sector, levando-o ao aumento dos serviços de saúde, evolução nas exigências e um aumento das despesas que se traduz num conseqüente aumento das pressões que exigem mudança nesta área.

De uma forma geral assiste-se a “um clima de insatisfação, incerteza e desconfiança, sendo que as reformas introduzidas tardam em conseguir adeptos convictos entre os profissionais de saúde e em mostrar aos utentes a validade das medidas para uma melhor saúde do país (...)” (Goes, Teixeira, Rita, 2004:3).

Este cenário reporta-nos para uma reforma hospitalar que assenta em novas tendências no que respeita à gestão, “esta nova gestão permitirá a melhor gestão de meios, com centralidade no utente e conseqüente melhoria da prestação de cuidados de saúde” (Goes, Teixeira, Rita, 2004:4), transmitindo-nos a mensagem de busca de um novo começo de uma política de melhoria contínua da qualidade em saúde.

Nos anos cinquenta e sessenta ocorreu uma grande evolução nas empresas, pela necessidade de reconstrução económica após a II Guerra mundial. Altura em que se

desenvolveram teorias de qualidade que posteriormente foram adaptadas ao contexto da saúde (Vieira, 2002).

Segundo Deming citado por Nóbrega et al. (2004), a qualidade deverá estar de acordo com as necessidades globais de cada consumidor, os gestores que lideram têm de conhecer os seus objectivos e passos a realizar para os atingir, não podendo delegar essas funções noutrém.

Os princípios da qualidade de Deming visam a promoção de empregos através da inovação, da investigação, melhoria constante, sem erros ou negativismos, a melhoria da qualidade resulta da melhoria consequente do processo, relações duradouras com os fornecedores, reduzir o desperdício, liderar as pessoas incitando-as a melhorar a sua prestação global, impor a mudança efectivamente. (Nóbrega et.al.2004)

Outro autor que parece bastante relevante nesta caminhada da definição de qualidade é Juran, que reconheceu também a complexa dificuldade em se definir o conceito de qualidade, referindo que esta é a “aptidão para o uso” (Juran citado por Nóbrega, et.al., 2004:40).

Para se atingir qualidade Juran definiu três processos fundamentais, sendo estes: o planeamento da qualidade, o controlo de qualidade e a melhoria da qualidade, o que implica a construção de “projectos de melhoria, criação para cada projecto de uma equipa com (...) responsabilidade de o levar a bom termo; disponibilização dos recursos, motivação e formação necessários para que as equipas façam o diagnóstico (...) promovam a concretização de soluções e controlem (...) os gastos” (Nóbrega, et.al., 2004:42).

Quando se fala em qualidade podemos reportar-nos para várias áreas entre essas a qualidade em saúde, igualmente complexa e polémica na sua definição. Segundo Saturno et.al. citado por Nóbrega et.al., (2004:56) “a melhor definição de qualidade dos cuidados de saúde que podemos oferecer seria a de uma folha em branco”, isto porque as definições são inúmeras com diferentes aplicações o que permite a cada instituição definir o seu próprio conceito adaptando-o às diferentes realidades a que assistem.

Segundo o Institute of Medicine a “Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente.” (Barros, 1998:2)

Segundo Donabedian citado por Nóbrega et.al., (2004:58) “para avaliar a qualidade, temos primeiro de desvendar um mistério, o significado da qualidade em si mesma.

Este autor foca dois domínios da qualidade, o domínio técnico, que consistiria na “aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados” (Donabedian, citado por Nóbrega et.al., 2004:59), e o domínio interpessoal que se relacionaria com os valores e normas de cada indivíduo cimentados

pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente. Ou seja o conceito de qualidade em saúde implicaria “a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes” (Nóbrega, et.al., 2004:59).

Para Diane Sale qualidade em saúde “assegura aos doentes a existência de um nível aceitável de cuidados” (Barros, 1998:2). Para esta autora a conquista da qualidade e a sua manutenção não se podem adquirir “se os membros de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a níveis diferentes. Tem de existir um nível previamente acordado ao qual todos aspiram, em ordem a assegurar a recepção, por parte dos doentes ou utentes, de cuidados e serviços de boa qualidade” (Sale, 1998:9).

Neste sentido surge-nos o conceito de garantia da qualidade que se pode considerar como uma garantia formal de excelência (Sale, 1998). Para Williamson “Garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição” (Williamson citado por Sale, 1998:27), podemos ainda considerar como grande objectivo da garantia da qualidade “assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medidas e avaliação” (Schamdl citado por Sale, 1998:27).

Para dar resposta a essa monitorização da qualidade dos cuidados em saúde poderá ser posto em prática um sistema de auditorias da qualidade desses procedimentos, a “auditoria clínica é um sistema simples que permite aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer a boa prática e, se necessário introduzir melhorias” (Sale, 1998:87). Para Paiva e Christo (2002) uma auditoria é um “exame sistemático e independente para determinar se as actividades e os resultados relativos à qualidade satisfazem as disposições pré-estabelecidas e se essas disposições estão objectivamente implementadas e se estão adequadas para alcançar os objectivos” (Paiva, Christo, 2002: 3).

Considera-se que uma auditoria clínica não é uma actividade isolada, nem função de um só profissional mas sim efectuado com ajuda de outros profissionais e suporte da gestão, “a auditoria clínica é uma parte essencial do desejo expresso pelos profissionais de prestarem cuidados de qualidade aos seus doentes (Sale, 1998:87).

Para que a auditoria tenha sucesso há que seguir alguns procedimentos de forma ordenada (Sale, 1998):

- Organizar-se em equipa, com apoio da gestão,
- Escolher a área alvo da auditoria,
- Nomear o auditor,

- Definir objectivos da auditoria,
- Elaborar lista de verificação,
- Recolher os dados,
- Identificar melhorias/não conformidades,
- Elaborar plano de intervenção
- Implementar o plano de intervenção,
- Avaliar.

Os resultados mais importantes de uma auditoria são “o desenvolvimento de indicadores de qualidade explícitos e uma melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes, que é o que verdadeiramente está em causa (Sale, 1998:107).

Para a manutenção da qualidade em saúde é igualmente necessário avaliar processos, procedimentos, estruturas, resultados. A avaliação da qualidade dos cuidados é um dos relevantes contributos do trabalho de Donabedian, este descreve que “o caminho mais fácil para avaliar os cuidados de saúde é o exame desses mesmos cuidados” (Nóbrega, et.al, 2004:59) contudo este autor refere ainda duas outras “abordagens menos directas: a avaliação da estrutura e a avaliação do resultado” (Nóbrega, et.al, 2004:59), considerando que essa estrutura compõe-se pelas características do prestador de cuidados, dos instrumentos e recursos que possui, bem como do meio físico e organizacional em que está inserido.

“ A Avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo o mais racional e efectivo possível” (Tanaka, Melo, 2000:1).

A avaliação de projectos/normas em saúde deve ser um sistema de vigilância e registo de implementação/acção de uma dada intervenção. Deve ser permanentemente efectuado e deve fornecer, indicação e informação relativamente ao recurso em causa.

A avaliação pode assim constituir-se como instrumento de gestão e aprendizagem colectiva fomentando a discussão e a partilha de ideias entre os profissionais de saúde (Guia de apoio às parcerias desenvolvimento, 2003).

## 1.7 - Análise de Redes Sociais

O conceito de rede é complexo e susceptível de muita discussão e ambiguidades.

A palavra rede deriva do latim «rete» significa armadilha ou laço. Em todos os significados que poderemos encontrar para o conceito um é comum, ou seja é “uma relação que se estabelece entre duas ou mais partes” (Fialho, 2007:24).

Nohria (Fialho, 2007) revela-nos que tem-se verificado um aumento do interesse do conceito de rede no panorama organizacional justificando-se com o facto de todas as organizações encontram-se ligadas a uma organização social que deve ser analisada e compreendida como tal, o contexto organizacional poderá ser entendido como uma grande rede entre outras organizações, os comportamentos e atitudes dos actores dentro das redes podem ser compreendidas como relações. “Uma rede organizacional pode ser entendida como uma estrutura organizacional, na qual participam empresas que por consequência de limitações de ordem dimensional, estrutural e financeira não apresentam condições de sobrevivência e/ou desenvolvimento (Fialho, 2007:28).

As redes podem ser encontradas de várias formas, segundo Cândido (Fialho, 2007). A bilateralidade/multilateralidade onde se encontram interligados dois ou mais elementos. Homogeneidade/heterogeneidade, quando existem diferenças mais ou menos relevantes entre os elementos da rede. Formalidade/Informalidade, quando se relaciona ou não um grupo de normas, regras pré-estabelecidas. “ A análise de redes «olha» para a realidade social como uma estrutura de relações que envolvem entidades interdependentes (...)” (Fialho, 2007:28), o seu foco central são as relações que podem ou não estabelecer-se.

Segundo Wasserman e Faust a análise de redes sociais assenta em dois objectivos principais, “a identificação de determinados padrões de interacção social e, por outro lado, compreende a influência desses padrões no comportamento dos actores sociais” (Wasserman e Faust citado por Fialho, 2007:29).

A estrutura das relações é a matriz que suporta a análise de redes sociais (Fialho, 2007).

Este tipo de metodologia tem evoluído nos anos mais recentes e lucrado com o desenvolvimento e técnicas informáticas, essenciais para a análise da estrutura das redes.

Dentro desta metodologia identifica-se três elementos básicos à sua compreensão:

- Nós ou Actores – São o grupo de pessoas que se encontram relacionados por um objectivo comum. Representam-se por círculos.
- Vínculos ou Relações – São os laços que se estabelecem entre os actores. Representam-se por linhas.

- Fluxos – Estipulam a direcção dos vínculos. Podem ser unidireccionais e bidireccionais. (Fialho, 2007).

Para representar estes elementos existem os grafos e as matrizes.

Um grafo é constituído por nós ligados através de linhas, podem ser binários, identificando se existe ou não relação entre nós/actores ou orientados, onde os actores estão ligados por linhas com setas indicando a relação estabelecida (Fialho, 2007).

Uma matriz “representa a disposição rectangular de um conjunto de elementos” (Fialho, 2007:30). A matriz mais frequente nesta metodologia, e a matriz simples binária. Numa matriz as linhas significam a origem dos vínculos e as colunas o seu destino (Fialho, 2007).

Podemos considerar assim que “a análise de redes sociais é uma ferramenta extremamente prática e que permite a compreensão dos fenómenos organizacionais numa perspectiva relacional” (Fialho, 2007:50).

A análise de redes sociais pode ser entendida em diferentes níveis:

- Micro – redes pessoais
- Meso – redes interorganizacionais
- Macro – interacção entre subsistemas

Para Molina (Fialho, 2007), esta metodologia foca-se no estudo das relações protagonizadas pelo conjunto de elementos que a constituem.

Segundo Wellman análise de redes sociais baseia-se em duas perspectivas que se complementam.

- Egocentrada – onde a análise é canalizada para um determinado actor e outros, da rede com os quais o nó egóico estabelece relação.
- Rede completa – A informação sobre o conjunto de laços é utilizada para designar os subgrupos com maior coesão a nível interno.

Quanto aos objectivos de uma investigação na análise de redes sociais podem identificar-se três categorias (Degene, Forsé, Varanda citado por Fialho, 2007).

- Detecção da estrutura,
- Posicionamento dos actores na estrutura,
- Efeito da estrutura no comportamento dos actores.

No que respeita às teorias de análise estrutural de redes sociais foram descritas quatro teorias.

**A Teoria dos Laços Fortes e dos Laços Fracos**, descrita por Granovetter (Lemieux, Ouimet, 2004), nesta os laços fortes são também denominados de laços estreitos, aqueles que mantemos com os familiares e amigos mais próximos, enquanto que os laços fracos (frouxos) são

estabelecidos com colegas, vizinhos e familiares mais afastados. Nesta teoria podemos encontrar alguns elementos característicos (Lemieux, Ouimet, 2004).

- Os laços fortes relacionam-se mais frequentemente,
- Existe um maior nível de intimidade e conhecimento mais profundo nos laços fortes,
- As relações de reciprocidade são mais frequentes nos laços fortes,
- Nos laços fortes os actores estão ligados nos mais diversos contextos.

Estas diferenças traduzem-se nas configurações de redes que se obtêm, sendo estas geralmente diferentes, “as redes dos laços fortes têm, por conseguinte, muito mais tendência para se fecharem sobre si mesmas do que as redes de laços fracos, as quais tendem preferencialmente a abrir-se para o exterior” (Lemieux, Ouimet, 2004:53).

Granovetter revela ainda que os laços fracos tem grande utilidade no estabelecimento de “pontes locais” entre actores que de outro modo permaneceriam isolados, ou construir ligações por caminhos mais longos, (Lemieux, Ouimet, 2004).

A **Teoria dos Buracos Estruturais** foi elaborada por Burt (Lemieux, Ouimet, 2004), esta “assenta numa proposição geral segundo a qual um actor considerado como sendo tertius gaudens, se encontra numa posição vantajosa quando estabelece contactos que não têm qualquer conexão directa entre si” (Lemieux, Ouimet, 2004:55).

Os buracos estruturais não existem nos laços fortes, mas sim, podemos encontrá-los nos laços fracos, ou em grupos de fraca densidade.

Burt refere ainda que o tertius gaudens poderá utilizar duas estratégias dependendo das relações que mantém com os actores que se encontrem num buraco estrutural em relação a este.

A primeira refere-se a situações de competição e a segunda a situações de conflito entre dois domínios distintos (Lemieux, Ouimet, 2004).

A **Teoria da Grupabilidade** está relacionada com a noção de grupabilidade de Heider e de Festinger (Lemieux, Ouimet, 2004), esta teoria revela-nos as relações entre os actores numa tríade.

Nestas situações de grupabilidade “existem um ou vários blocos, de tal maneira que as relações internas de um bloco, são todas positivas ou neutras e as relações externas, quando existem, são todas negativas ou neutras” (Lemieux, Ouimet, 2004:58).

N este tipo de relações o conjunto de actores estabelecido são normalmente agrupáveis e estas relações neutralidade suscitam ambivalências de grande utilidade nestas tríades que de outro modo não seriam agrupáveis (Lemieux, Ouimet, 2004).

A **Teoria da Coordenação das Relações**, é considerada a menos conhecida no âmbito da análise estrutural, já que “postula uma exigência de coordenação nos conjuntos sociais em que

os membros se consideram abrangidos relações de pertença e julgem que são diferentes de outros conjuntos sociais no seu ambiente”(Lemieux, Ouimet, 2004:61).

Para existir coordenação nas relações estas têm de estar conexas, pois se não existir conexão existirá pelo menos um buraco estrutural entre dois actores (Lemieux, Ouimet, 2004).

Os actores organizam as relações sob a forma de rede tendo o objectivo de partilhar recursos, ou construir alianças geralmente vantajosas para estas (Lemieux, Ouimet, 2004).

A análise estrutural de redes sociais poderá ser efectuada de algumas formas de acordo com os dados em estudo.

O seguinte quadro ilustra estes exemplos de análises bem como as teorias e técnicas utilizadas em cada análise.

**Quadro 1 - Teorias e técnicas de análise de redes**

<b>Domínio da análise estrutural</b>	<b>Teorias adoptadas</b>	<b>Técnicas utilizadas</b>
As relações de parentesco	Teoria da grupabilidade Teoria dos laços	Observação directa
As redes sociométricas	Teoria da grupabilidade (Teoria da coordenação) (Teoria dos buracos estruturais)	Questionário
O capital social	Teoria dos laços (Teoria dos buracos estruturais)	Análise documental Entrevista
As redes de apoio descritivo	Teoria da troca Teoria dos laços	Entrevista
As redes de mobilização	Processo essencialmente descritivo (Teoria dos laços)	Observação directa
Redes de empresas	Descritivo, teoria dos laços	Análise documental
As redes de política pública	Teoria da coordenação	Análise documental Entrevista

Nota: Adaptado de Lemieux, Ouimet (2004): Análise estrutural de redes sociais

Contudo será de grande interesse descrever um pouco melhor a análise do capital social. O capital social é normalmente “definido em termos de recursos aos quais um actor tem acesso por intermédio das suas relações sociais” ( Bourdieu, Coleman, Putnam citados por Lemieux Ouimet, 2004:80). Quando este é mobilizado poderá ser utilizado a nível individual ou colectivo (Lemieux, Ouimet, 2004).

Esta análise suscita discussão pois o seu conceito provém de várias disciplinas. Existem investigadores que consideram que só se um actor possuir um grande número de laços fortes é que o capital social poderá revelar-se como um recurso de grande utilidade. Todavia há aqueles que referem que só os laços fracos e os buracos estruturais é que dão origem ao seu capital social (Lemieux, Ouimet, 2004). Ou seja “fundamentalmente implica uma complexa análise entre laços fortes e laços fracos, sendo que os primeiros fomentam o desenvolvimento da confiança mútua, os outros possibilitam a recolha de informação e novas capacidades” (Fialho, 2007:98).

Sendo assim “o capital social pode pois ser compreendido como o quadro de normas de reciprocidade, informação e confiança presente nas redes sociais informais que se desenvolvem como fruto das interacções dos actores da rede” (Fialho, 2007:85).



## **2 – O contexto do Estudo: Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada na Cidade do Barreiro**

Neste item é pretendido realizar-se a contextualização e caracterização das entidades da rede formal de Saúde da Criança maltratada na cidade do Barreiro relativamente à descrição histórica da cidade, contemplando ainda os vários níveis de intervenção do Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E, Centro de Saúde do Barreiro e Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Barreiro.

### **2.1- História da cidade do Barreiro**

O registo do Barreiro surge em cerca de 1322 no contexto da idade média. A cidade do Barreiro teve o seu início numa aldeia ribeirinha, que foi repovoada após a sua reconquista pela Ordem dos Cavaleiros de Santiago da Espada (Anónimo, n.d), integrado no concelho do Ribatejo, um território na Margem Sul do Tejo

Os seus habitantes dedicavam-se na sua maioria à extracção de sal, à pesca, moagem, cultura da vinha e o abate de lenha. Esta terra de pescadores foi elevada a vila Nova do Barreiro em 1521 por D. Manuel I. Era nesta terra, mais especificamente no Vale do Zebro (Rio de Coina) que eram fabricados os biscoitos que eram enviados nas naus que rumavam à Índia e Brasil (Anónimo, n.d).

Nas duas margens do rio, existiam os moinhos de maré que fabricavam a farinha para tal iguaria e que funcionaram até ao século XIX.

O começo do desenvolvimento do Barreiro remonta ao início de 1861, com a revolução industrial, e a abertura das linhas férreas de Vendas Novas e Setúbal. A inauguração de indústrias pela Companhia União Fabril (CUF) dirigida por Alfredo da Silva, grande impulsionador do desenvolvimento desta cidade, transformando-a numa moderna vila a nível sócio-económico bem como cultural e educativo (Anónimo, n.d).

Ao longo dos tempos foram crescendo várias associações tais como os Bombeiros voluntários, a associação dos corticeiros, clubes desportivos e recreativos.

Barreiro ascendeu a cidade a 28 de Junho de 1984, sendo essa a data do feriado municipal (Anónimo, n.d).

Actualmente a cidade tem uma área de 31,6 quilómetros quadrados e de acordo com os censos de 2001 tem 79.012 habitantes residentes (Câmara Municipal do Barreiro, n.d).

Actualmente tem 30 estabelecimentos de ensino desde escolas do 1º ciclo ao ensino superior, 1 escola de formação profissional, vários estabelecimentos de ensino particulares.

É uma cidade que integra o distrito de Setúbal, pertence à área Metropolitana de Lisboa, localizando-se na Margem Sul do Tejo, tem como freguesias, Alto do Seixalinho, Barreiro, Verderena, Coina, Lavradio, Santo André, Santo António da Charneca, Palhais. Esta cidade regista uma população relativamente jovem quando comparado com os valores médios continentais (CMB, n.d).

No que respeita as estruturas de saúde, a cidade do Barreiro integra um hospital distrital, Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E, uma misericórdia, centro de saúde do Barreiro, com extensões nas várias freguesias do concelho, e ainda vários estabelecimentos de saúde privados.

## **2.2 – Comissão de Protecção de crianças e jovens do Barreiro**

A comissão de protecção de crianças e jovens do Barreiro (CPCJ) está sediada na Rua Stinville, 14, a instalação encontra-se cedida pelo Município do Barreiro, sendo este que assegura o regular funcionamento da CPCJ.

A CPCJ é uma instituição oficial, não judicial cuja intervenção visa prevenir ou pôr termo a situações capazes de afectar a integridade física ou moral de crianças ou do jovem.

A CPCJ iniciou a sua actividade em Março de 1997, na sequência da portaria do Ministério da Justiça nº: 642/96 de 8/11.

A CPCJ é competente na área do Município do Barreiro integrando as suas oito freguesias (Alto Seixalinho, Barreiro, Coina, Lavradio, Palhais, St.º André, St.º António da Charneca, Verderena).

As CPCJ exercem as suas atribuições de acordo com a lei 147/99 de 1 de Setembro que regula a intervenção social do estado e da comunidade nas situações de menores em perigo, carecidos de protecção, reservando-se a intervenção dos tribunais para os casos em que não há consentimento e em que é necessário decidir sobre as restrições ou regulação do exercício dos direitos. Este regime, implica restrições a direitos fundamentais dos pais, designadamente do seu direito à educação e à manutenção dos filhos, e à liberdade e autodeterminação pessoal destes, que, sendo excepcionais, respeitem os princípios constitucionais da necessidade, adequação e proporcionalidade.

As CPCJ têm composição multidisciplinar com o fim de reunir os conhecimentos e os meios de serviço existentes na comunidade, sendo assim existem ainda duas formas muito distintas que se deve referir: a comissão alargada e a comissão restrita. A comissão alargada tem como principais objectivos o desenvolvimento de acções junto da comunidade divulgando os

direitos da criança, colaborar com as entidades com competência em matéria de infância e juventude, trabalhar junto da comunidade na busca de novas respostas sociais e dinamizar actividades junto das crianças e jovens da área abrangida (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, n.d).

No que respeita à comissão restrita, esta tem como objectivo centrar o seu foco de intervenção no que respeita a prevenção secundária e terciária nas situações em que a criança ou jovem encontram-se em perigo e deliberar as medidas de promoção e protecção descritas na Lei de Protecção adequadas a cada situação (CPCJ, n.d).

A Comissão tem ainda como importante função a deliberação de procedimentos de urgência para a protecção imediata da criança/jovem em situações de perigo actual ou eminente para a sua vida, ou haja oposição por parte do poder paternal ou de quem realmente tenha sua guarda (CPCJ, n.d).

Fazem parte da Comissão alargada: Câmara Municipal do Barreiro, Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, Centro de Saúde do Barreiro, Centro Comunitário de Santo André, Catica, Instituto dos Ferroviários, Ministério da Educação, Nós – Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente, Sociedade Democrática União Barreirense, Associação de Pais e Encarregados de educação EB 2/3 Álvaro Velho, Guarda Nacional Republicana, Policia de Segurança Pública, TOU – Associação juvenil, Corpo Nacional de Escutas – Agrupamento 690 Barreiro, Assembleia Municipal do Barreiro (CPCJ, n.d).

Fazem parte da Comissão restrita: Câmara Municipal do Barreiro, Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal, Centro de Saúde do Barreiro, Centro Comunitário de Santo André, Catica, Instituto dos Ferroviários, Ministério da Educação, Nós – Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente (CPCJ, n.d).

### **2.3 - Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E**

O edifício actual do hospital foi inaugurado a 17 de Setembro de 1985. Em Setembro de 1995 passou a designar-se Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR) – Barreiro, pelo Despacho nº: 218 de 20 de Setembro de 1995 (Hospital Nossa Senhora do Rosário, n.d).

Em Dezembro de 2002 com o Decreto Lei n. 299/2002 passou a Sociedade Anónima de Capitais exclusivamente públicos, três anos depois o Decreto-lei n. 233/2005 transformou o hospital numa Entidade Pública Empresarial (E.P.E) (HNSR, n.d).

O HNSR E.P.E é um hospital distrital geral gerindo 35 valências clínicas com uma área que engloba os Concelhos do Barreiro (Moita, Montijo, Alcochete), a instituição presta cuidados a uma população de cerca de 200 mil habitantes de acordo com os censos de 2001 (HNSR, n.d).

Dentro das 35 valências encontra-se o serviço de pediatria, “criado em 1985, tem como missão assegurar os cuidados de saúde das crianças e adolescentes, garantindo a qualidade sempre numa perspectiva de melhoria contínua, promovendo a satisfação e bem-estar das crianças e famílias, bem como a dos profissionais e potenciar sinergias com outras instituições” (HNSR, n.d:n.p).

O serviço é constituído por 14 enfermeiros, 13 pediatras, 7 auxiliares de acção médica, 1 administrativa, 1 educadora e 1 professora 1º ciclo.

A enfermaria de pediatria tem uma lotação de 18 camas, 15 de pediatria e 3 de ortopedia, teve em 2006 uma taxa de ocupação de 76,9% (HNSR, n.d).

No que respeita o serviço social da instituição, conta com uma assistente social direccionada para o serviço de pediatria que realiza a análise dos processos sempre que solicitada pela classe médica) assumindo, dentro de uma equipa multidisciplinar um papel activo no que respeita a situação de desvantagem social, sócio-económicas ou de ordem psicossocial, relativamente aos utentes tendo como objectivo a sua re-integração social no período pós-alta, “têm como princípios a sustentabilidade, a continuidade, a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados” (HNSR, n.d:n.p).

No que respeita o serviço de urgência para além do atendimento no Balcão de Pediatria (aqui com a colaboração de 1 ou 2 Médicos tarefeiros, não Pediatras), dá apoio ao Bloco de Partos, assistência aos doentes internados na Sala de observações (6 camas) e Reanimação. A segunda engloba a assistência às crianças internadas na enfermaria de Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia.

Durante o ano de 2005 foram registados na urgência pediátrica 38 casos de diagnóstico de criança maltratada, em 2006 passaram a 176 casos e em 2007 cerca de 193 casos de crianças vítimas de maus tratos, o que se traduz num aumento significativo do número de casos nesta entidade hospitalar.

## **2.4 - Centro de Saúde do Barreiro**

Uma das muitas valências do Centro de Saúde do Barreiro é a consulta de saúde infantil, cuja responsável é uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, que realiza a análise e observação periódica de crianças deste concelho, incluindo as institucionalizadas (temporária ou definitivamente). Nesta é efectuado o despiste de situações de maltrato e a sinalização destas às entidades com responsabilidade em matéria de infância e juventude, bem como a vigilância e manutenção de saúde das crianças vítimas de maus -tratos, intervindo muitas vezes em equipas multidisciplinares, em grupos constituídos com esse objectivo.



### **3 – Opção Metodológica**

Metodologia poder-se-à entender como um processo que se estende desde o início da escolha do objecto de estudo até à análise dos dados (Oliveira, 2005).

Legendre (1993) citado por Oliveira (2005:43) revela-nos que “a metodologia é um conjunto de métodos utilizados dentro de um determinado sector de actividades” levando-nos a entender este processo como utilizador de métodos estabelecendo procedimentos didácticos e técnicos (Oliveira, 2005). Para Maren (1995) citado por Oliveira, (2005:43) “a metodologia de pesquisa trata de estudos e pesquisas através da utilização de métodos. É um conjunto de operações sistematizadas e racionalmente encadeadas”. Resumindo, para Oliveira (2005:43) “metodologia é um processo que engloba um conjunto de métodos e técnicas para ensinar, analisar, conhecer a realidade e produzir novos conhecimentos”.

Sendo assim, o processo de investigação, como um todo, deve ser sistematizado e deve tentar validar conhecimentos já existentes ou produzir outros que possam ser aplicados à prática fazendo-a evoluir (Burns e Grove, citado por Fortin, 1999). No investigador, cada investigação desperta a vontade de superar o desafio de procura e estabelecimento de novos conhecimentos exigindo, igualmente, uma abordagem reflectida do ponto vista social e científico.

#### **3.1- Aspectos éticos da investigação**

A preocupação ética, deve-se sempre ter em consideração no que respeita a investigação com ser humanos, “um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.” (Streubert e Carpenter citado por Queirós, Meireles, Cunha, 2007:25).

Em 1947 foram estabelecidas as directrizes básicas do Código de Nuremberga, em 1964 a Declaração de Helsínquia, surgindo em 1978 o Código Belmont Report, que revela os três principais princípios éticos para o investigador (Queirós, Meireles, Cunha, 2007).

Actualmente vários países elaboram os seus códigos de conduta ética, Existem três princípios de ética de extrema importância a preservar numa investigação: o Princípio da Beneficência, Respeito pela Dignidade Humana, e o Princípio da Justiça.

O Princípio da Beneficência preserva “a integridade ou isenção do dano físico, psicológico, económico, social entre outros” (Queirós, Meireles, Cunha, 2007:26).

O investigador deve preparar-se para, parar a qualquer momento a investigação se houver suspeita de que esta poderá trazer desvantagens para o participante, neste princípio está também agregado o direito à isenção de exploração, ou seja os participantes não devem ser colocados em desvantagem e informados de que os dados colhidos nunca serão utilizados contra

os mesmos nem terão outro fim que não o da investigação em causa. (Queirós, Meireles, Cunha, 2007). É igualmente neste princípio que é salvaguardado o direito à relação risco/benefício.

No Princípio do Respeito pela Dignidade Humana está inerente o Direito à Auto-determinação e o Direito à revelação completa.

No Direito à Auto-determinação os participantes têm livre escolha de participar ou não na investigação, tendo também o direito de ser informado sobre os objectivos de pesquisa ou de outra qualquer dúvida mais específica.

No que respeita ao Direito à revelação completa, este contempla o consentimento informado onde o participante pode “livremente optar por participar ou não na pesquisa, e deverá fazê-lo apenas quando possuir a informação necessária relativa à pesquisa e se encontra capaz de compreender as informações fornecidas” (Queirós, Meireles, Cunha, 2007:29).

O Princípio da Justiça engloba o direito ao tratamento justo, onde se salienta o tratamento não preconceituoso, honrar todos os acordos pré-existentes, contemplação da sensibilidade e respeito pelas crenças, e a privacidade que implica a confidencialidade e anonimato, “este deve garantir que a investigação não será mais invasiva do que o necessário e que a privacidade dos participantes será mantida ao longo da pesquisa” (Queirós, Meireles, Cunha, 2007:30).

### **3.2- Natureza do estudo**

Nesta investigação será efectuado um estudo qualitativo descritivo através de entrevista.

Após pesquisa e reflexão sobre os tipos de estudo em investigação, considera-se que o tipo de estudo escolhido deverá dar resposta aos objectivos propostos aquando da formulação da questão de partida, para isso foi seleccionado um estudo qualitativo e descritivo, pois o objectivo desse estudo “consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, isto é, dizer como é e como se manifesta determinado fenómeno” (Collado, et.al., 2006:100).

Segundo Oliveira (2005:68) a “pesquisa descritiva é abrangente, permitindo uma análise do problema de pesquisa em relação aos aspectos (...) de diferentes grupos”. Este autor refere ainda que é utilizada na análise de comportamentos, transformações que influem em outros factores.

Através de um estudo descritivo poder-se-à pormenorizar as características do que nos propomos a investigar, o valor máximo de um estudo com este objectivo é centrar-se em colher dados que demonstrem “um evento, uma comunidade, um fenómeno, feito, contexto ou situação que ocorre” (Collado, et.al., 2006:102).

Sendo assim para o estudo em questão foram estipulados os seguintes objectivos.

**Objectivo principal:**

- Analisar as dinâmicas das relações que sustentam a rede formal de Saúde da criança maltratada na cidade do Barreiro

**Objectivos específicos:**

- Representar a rede formal das entidades responsáveis pelo suporte da criança maltratada
- Identificar as interacções estabelecidas entre as entidades na rede em estudo

### **3.3- Técnica de colheita de dados**

O processo de colheita de dados será efectuado através de entrevista semi-dirigida já que este instrumento permite “uma abordagem em profundidade do ser-humano” (Digneffe, et.al, 1997:84).

A entrevista poderá ser definida como um instrumento que se propõe a obter descrições do problema a investigar interpretando-o de forma profunda e pormenorizada. Na entrevista existem processos fundamentais de comunicação e interacção humana, “correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão ricos e matizados” (Campenhoudt, Quivy, 1988:193).

Durante a entrevista o entrevistado exprime as suas vivências de um acontecimento ou situação, permitindo através de perguntas abertas que o entrevistado atinja um máximo de profundidade sobre o tema a investigar (Campenhoudt, Quivy, 1988). Através desta colheita de dados poder-se-à obter material bastante exaustivo, rico e pormenorizado.

A entrevista escolhida é mais especificamente a entrevista semi-dirigida já que visa “que o próprio entrevistado estrutura o seu pensamento em torno do objecto perspectivado (...) por outro lado (...) a definição do objecto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar, ao sabor do seu pensamento” (Digneffe, et.al, 1997:87), sendo assim a entrevista semi-dirigida caracteriza-se por não ser totalmente aberta, nem orientada por um grande número de perguntas precisas (Campenhoudt, Quivy, 1988).

Todavia há que ter em conta o equilíbrio da entrevista no que respeita às orientações do guião e o problema de investigação, e ainda a forma do entrevistado exprimir-se. Sendo assim o entrevistado tem de reflectir sobre quais e quando as perguntar a realizar na entrevista, tendo de ter a capacidade de pormenorizar a resposta dada mas também não deixando o entrevistado dispersar-se, se essa for a sua intenção (Flick, 2005).

Segundo Kvale, (1996), a entrevista de investigação é orientada através de sete estádios, o primeiro centra-se na formulação do objecto de estudo, o segundo passa pelo desenho do projecto de investigação, o terceiro trata-se da condução da entrevista propriamente dita, o quarto prende-se com a transcrição do discurso oral autorizada dessa mesma entrevista, no quinto estadio procede-se à análise profunda da transcrição efectuada, focando o objectivo da investigação e a natureza do material recolhido, em sexto realiza-se a chamada verificação que se concentra na verificação e validação dos contributos para a investigação retirados da entrevista, e por último são descritos resultados/conclusões do estudo de investigação bem como os métodos utilizados para o objectivo em questão, considerando ainda os aspectos científicos e éticos que foram tidos em consideração para a sua conclusão (Kvale, 1996).

O parágrafo anterior possibilita-nos compreender a complexidade de uso deste instrumento, tão rico como a entrevista.

O objectivo principal pelo qual foi escolhida a entrevista para este estudo em questão relaciona-se com o facto de se pretender proceder à análise de um problema específico com todos os pormenores envolventes tais como “os dados do problema, os pontos de vista presentes, o que está em jogo, os sistemas de relações, o funcionamento de uma organização” (Campenhoudt, Quivy, 1988: 195).

A principal vantagem da entrevista é como já foi referido o grau de profundidade e flexibilidade dos elementos recolhidos, respeitando sempre o entrevistador e os seus quadros de referência nomeadamente a sua linguagem e categorias mentais (Campenhoudt, Quivy, 1988).

Pode-se salientar ainda a vantagem desse método “na melhoria da comparatividade e da estruturação dos dados pelo uso coerente do guião da entrevista” (Flick, 2005:95).

Contudo este tipo de instrumento apresenta limites e problemas podendo-se destacar a própria flexibilidade que podendo ser uma vantagem poderá tornar-se um limite, intimidando “aqueles que não consigam trabalhar com serenidade sem directivas técnicas precisas” (Campenhoudt, Quivy, 1988:195).

Outro aspecto que também se encontra ligado à flexibilidade como limite é o facto deste instrumento poder induzir a completa espontaneidade do entrevistado e a neutralidade do entrevistador (Campenhoudt, Quivy, 1988). Neste tipo de instrumento “os métodos de recolha e de análise das informações devem ser escolhidos e concebidos conjuntamente” (Campenhoudt, Quivy, 1988:195).

Pretende-se que a análise de entrevista inclua “a elucidação daquilo que as perguntas do entrevistador a relação de troca e o âmbito da entrevista induzem nas formulações do seu interlocutor” (Campenhoudt, Quivy, 1988: 196). Considerar estes últimos factores independentes demonstraria grande “ingenuidade epistemológica” (Campenhoudt, Quivy, 1988:196).

Neste estudo em questão o local de entrevista foi o local de trabalho dos entrevistados seleccionados (previamente acordado com estes), deslocando-se o entrevistador a esse local mediante marcação e pedido prévio de consentimento informado à instituição em causa (anexo), a entrevista foi gravada através de rádio gravador sob autorização verbal do entrevistado.

Há ainda a referir que das 9 entrevistas propostas inicialmente na investigação só puderam ser realizadas 7 devido a indisponibilidade da instituição (Tribunal de família e menores da comarca do Barreiro) e do profissional (assistente social do HNSR, E.P.E).

**Quadro 2 - População - alvo do Estudo**

<b>Entidade</b>	<b>Função na organização</b>	<b>Antiguidade na organização</b>
Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E (HNSR, E.P.E)	Enfermeira graduada da unidade de urgência pediátrica responsável pelo grupo “criança maltratada, na urgência pediátrica, inserida no núcleo de Apoio Hospital à Criança e Jovem em Risco (NAHCJR)	23 anos de serviço
HNSR, E.P.E	Enfermeira da consulta externa de pediatria	16 anos de serviço
Centro de Saúde do Barreiro	Enfermeira responsável pela consulta de saúde infantil	10 anos de serviço
HNSR, E.P.E	Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, exerce funções no serviço de pediatria (internamento) com funções de gestão e enfermeira responsável pela formação na área pediátrica	21 anos de serviço
HNSR, E.P.E	Psicóloga no serviço de pediatria, responsável pelo NAHCJR	5 anos de serviço
Comissão de protecção de crianças e jovens do Barreiro (CPCJ)	Presidente da CPCJ, e exerce função de gestão da instituição e de assistência social	4 anos de serviço na CPCJ como assistente social e 1 ano como presidente da organização
HNSR, E.P.E	Médica, Pediatra da área pediátrica do hospital, que integra o NAHCJR	Desde Maio de 2009

Considera-se pertinente a escolha de um estudo qualitativo descritivo através de entrevista semi-dirigida já que a investigação em causa pretende compreender as relações das redes sociais de suporte da criança maltratada perceber como é efectuada a sinalização, diagnóstico e todo o desenrolar deste processo complexo de acompanhamento de uma criança vítima de maus tratos, que envolve uma equipa de técnicos especializados a nível de saúde, numa rede de relações formais, na busca da melhoria contínua dos cuidados à criança numa rede socialmente construída e adaptada a todas elas, podendo assim a investigação académica dar de alguma forma um contributo para a melhoria da qualidade das suas vidas, através do desenvolvimento de competências nestas entidades, descrevendo as relações de poder/fraqueza numa rede tão falada a nível nacional, e tão pouco estudada a nível particular. É nesta vertente de esclarecimento, análise e descrição deste tema, que se pretende contribuir para a estruturação e melhoramento destas redes.

Sendo assim foi construído um guião de entrevista semi-dirigida (anexo) que terá como base as três dimensões apresentadas de seguida, que foram estipuladas após pesquisa de bibliografia científica na área da criança maltratada, redes sociais e no conceito de qualidade em saúde.

**Quadro 3- Estrutura do guião de entrevista semi-dirigida**

<b>Dimensão Rede formal de Saúde da criança maltratada</b>	<b>Dimensão Organização e Gestão dos actores na rede</b>	<b>Dimensão Protocolos/Práticas instituídas</b>
Recursos da comunidade	Intervenção dos actores na rede	Implementação do protocolo
Limites/ potencialidades dos recursos	Relações inteorganizacionais na rede	Formação contínua dos profissionais
	Divulgação da problemática	

### 3.4 - Análise de dados

Na presente pesquisa, a técnica privilegiada de análise dos dados utilizada foi a análise de conteúdo. Não obstante este facto, procurou-se descodificar a matriz da rede formal com dados de natureza quantitativa, decorrentes da reinterpretação e quantificação das interações dos actores extraídas qualitativamente.

Berelson (1971) refere que a análise de conteúdo é “uma técnica para estudar e analisar a comunicação de uma maneira objectiva, sistemática e quantitativa” ( Collado, Lucio, Sampieri 2007:343). Contudo Krippendorff (1980) acrescenta à definição de análise de conteúdo a característica de poder “fazer inferências válidas e confiáveis de dados em relação a seu contexto” (Collado, Sampieri, Lucio, 2007:343).

Na perspectiva da análise compreensiva e indutiva existe então grande capacidade de inferir e interpretar por parte do investigador. Todavia esta particularidade traduz-se em críticas severas a este tipo de investigação, quando comparada às propostas tradicionais de lógica dedutiva (Guerra, 2006).

Está pressuposto que a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, em que utiliza “o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido” (Guerra, 2006:62).

Pode-se dizer que esta técnica tem duas dimensões: a dimensão descritiva – relatando-nos o que foi registado e uma dimensão interpretativa que se relaciona com as “interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência” (Guerra, 2006:62).

A técnica a ser escolhida para a análise do material em questão depende dos objectivos e do estatuto da pesquisa (Guerra, 2006).

Bardin (1979) agrupou os vários tipos de análise de conteúdo em (Guerra, 2006):

- **Categorial:** Consiste na primeira fase da análise de conteúdo sendo normalmente descritiva.
- **Avaliação:** Avalia o comportamento do entrevistado face ao estudo (seu objecto, opinião, intensidade).
- **Enunciação:** A enunciação é vista como um processo utilizado para entrevistas longas e muito abertas, dirigindo-se mais a análise para os conteúdos.
- **Expressão:** Centra-se numa análise formal, utilizando-se mais para investigar a veracidade e autenticidade dos documentos.

Este agrupamento acima descrito representado por Bardin é mais hipotético-dedutivo, sendo assim Demazière e Dubar (1997) descreveram metodologias utilizadas nesta técnica baseadas em paradigmas mais indutivos (Guerra, 2006).

Estes autores definiram em três os tipos de análise de conteúdo (Guerra, 2006):

- **A análise proposicional do discurso**, defende que “o sujeito constrói o seu discurso através de uma «estrutura de universo simples” (Guerra, 2006:64). Sendo o seu maior objectivo explicar um mundo referencial, clarificando o modo como o discurso se relaciona com os objectivos, “o discurso é assim cortado em proposições que constituem unidades autónomas de tratamento de texto” (Guerra, 2006:64).
- **A análise das relações por oposição**, que se relaciona com o método de exploração de entrevistas que assenta na hipótese de existência de “uma sintaxe sobreposta à gramática linguística que estruturando o discurso, organiza o seu significado em oposições” (Guerra, 2006:64)
- **Análise indutiva e processo de teorização: A proposta de Demazière e Dubar**, esta análise preconiza uma abordagem indutiva tanto na análise do material recolhido como na sua interpretação e construção teórica. Não parte de uma teorização prévia, elaborando o problema e construindo questões abertas focalizadas no tema de investigação, obtendo informação. A análise do material realiza-se de acordo com os seguintes níveis de identificação do discurso:

**Nível das funções:** “Recorte dos episódios do discurso e identificação das sequências” (Guerra, 2006:66).

**Nível das acções:** “Identificando os actantes/personagens que intervêm e o sistema de relações” (Guerra, 2006:66).

**Nível de narração:** Documentos técnico-científicos que tentam “convencer o interlocutor ou a defender uma ideia” (Guerra, 2006:66).

Estes autores descrevem assim “um método de análise de conteúdo em que o sujeito é analisado «verticalmente» na lógica interna de produção de um discurso individual, ao contrário do que é frequente na análise por categorias ou problemáticas” (Guerra, 2006:66).

Após a realização e gravação das entrevistas é necessário efectuar a sua transcrição para papel.

As entrevistas realizadas na primeira pessoa devem ser transcritas na íntegra e fiel ao que foi relatado (Guerra, 2006) (anexo 5).

Nas várias fases da transcrição podemos considerar (Guerra, 2006):

- **Transcrever**, de preferência logo no computador e deixar espaços em branco, quando a audição não for suficientemente clara.
- **Numa segunda fase**, rever a gravação e preencher os espaços deixados em branco anteriormente.
- **Numa última fase**, reescrever um discurso com pontuação, deixando-o inteligível.

Após a transcrição passa-se à leitura das entrevistas englobando duas acções:

- Sublinhar frases consideradas de maior importância com outra cor.
- Realizar anotações nas margens da entrevista, na margem esquerda efectuar uma síntese da narrativa e na direita a análise da problemática.

No que se refere às sinopses das entrevistas estas reportam-se às “sínteses dos discursos que contém a mensagem essencial da entrevista e são fieis, inclusive na linguagem, ao que disseram os entrevistados” (Guerra, 2006:73). Muitos investigadores colocam o excerto da transcrição da entrevista na grelha de sinopse. As sinopses têm como principais objectivos (Guerra, 2006):

- Identificar o material central da entrevista, diminuindo a quantidade de informação.
- Permitir a compreensão da narrativa na sua globalidade e nas suas diferentes vertentes.
- Facilitar a comparação entre estas.
- Dar a perceber o limite das entrevistas.

Em síntese, a análise do material compreende normalmente quatro etapas: “Redução e selecção de informação, descrição, interpretação/verificação, escrita/divulgação” (Guerra, 2006:77). Estas foram as etapas que foram tidas em atenção no presente estudo.

Sendo assim após a realização das entrevistas, estas foram transcritas integralmente (anexo) e foram posteriormente analisadas e divididas em unidades de análise, com essa informação foi construída uma tabela de análise de conteúdo (anexo) que permitiu uma análise e reflexão do material recolhido, sendo o ponto de partida para a descrição e discussão dos resultados do estudo em questão.

Para a análise da rede social utilizou-se um software de análise de redes sociais, o Ucinet versão 6, este trabalha directamente com outro programa designado netdraw, que permite o desenho dos grafos das redes em estudo, o netdraw foi concebido por Steve Borgatti, professor na Escola de Gestão Carroll do Boston College nos Estados Unidos, este programa de desenho “permite desenhar um grafo automaticamente, a partir de um ficheiro de dados criado num programa de tratamento e análise” (Lemieux, Ouimet, 2004:39), contudo este programa não permite descrever a maior parte das propriedades de estrutura das redes em estudo, para isso utilizou-se então o Ucinet versão 6 que é considerado um dos programa de tratamento e análise de dados mais eficaz na análise de redes sociais, este “permite estabelecer facilmente quase todas as propriedades estruturais de um conjunto de relações sociais” (Lemieux, Ouimet, 2004:39), devendo ser a ferramenta de eleição nos principiantes em análise estrutural (Lemieux, Ouimet, 2004).

O Ucinet compreende medidas estruturantes desta metodologia: Descritivas e de análise estrutural.

Na análise dos resultados obtidos no presente estudo só foram consideradas as medidas descritivas, sendo estas:

- Densidade: “É a proporção de laços efectivos entre os laços possíveis. Uma medida do grau de inserção dos actores na rede” (Fialho, 2007:46).
- Centralidade: Corresponde ao número de nós aos quais um actor estará ligado directamente, localiza o actor na rede (Fialho, 2007).
- Centralização: Refere-se ao poder de um actor com um papel central na rede, referindo-se à totalidade da rede (Fialho, 2007).
- Intermediação: Permite identificar o nível de intervenção de cada actor em relação a outros actores na mesma rede (Fialho, 2007).
- Proximidade: Permite estabelecer a proximidade de um actor em relação aos outros inseridos na rede (Fialho, 2007).
- Sub- grupos: Permite identificar a organização de sub-grupos na rede, estes sub-grupos ou cliques têm presente na rede todos os vínculos possíveis entre eles (Fialho, 2007)

#### **4 - Dinâmicas das relações da rede formal de Saúde da criança maltratada na cidade do Barreiro**

Neste capítulo torna-se relevante apresentar as opiniões dos actores inseridos na rede de apoio da criança maltratada na cidade do Barreiro e que se disponibilizaram a participar neste trabalho de investigação, no que respeita às dinâmicas e relações interorganizacionais nesta rede, mais especificamente em relação à rede formal e os seus recursos, organização e gestão dos actores na rede e por fim no estabelecimento de protocolos e práticas instituídas e as repercussões destes factores na vida de uma criança vítima de maus tratos.

Para o bom desenvolvimento deste capítulo, este é ilustrado por “excertos” de opiniões dos actores que participaram na investigação.

Sendo assim o capítulo está organizado da seguinte forma:

- 4.1 – Recursos da comunidade
- 4.2 – Intervenção dos actores na rede formal
- 4.3 – Divulgação da problemática
- 4.4 – Implementação do protocolo
- 4.5 – Formação contínua dos actores na rede

#### 4.1 – Recursos da Comunidade

Para analisar e descrever este importante factor recorreremos às declarações dos vários actores entrevistados neste trabalho académico, no que respeita aos recursos da comunidade, com quais se relacionam com maior ou menor frequência, os motivos que levam às suas relações, a sua disponibilidade e os constrangimentos e potencialidades da sua intervenção na rede.

Relativamente aos recursos existentes na comunidade, os actores referiram a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) da área da residência, o Hospital e o Tribunal contudo verifica-se falta de conhecimento no que toca aos recursos da rede formal.

“Que eu conheça, o hospital, a comissão de protecção de crianças e jovens (CPCJ) e o tribunal.”  
(E1, P1)

“A CPCJ, e que penso que da comunidade, o Centro de Acolhimento, o hospital, raramente os Centros de Saúde e não há muito mais.” (E2, P1)

“O que eu sei que existe aqui na região do Barreiro é a CPCJ que tem cá o seu núcleo (...)” (E7, P1)

Um recurso identificado como fazendo parte da rede formal de Saúde foi o centro de acolhimento, contudo esta entidade não está incluído nesta rede, nem faz parte da rede restrita ou alargada da CPCJ.

“A CPCJ, e que penso que da comunidade, o Centro de Acolhimento, o hospital, raramente os Centros de Saúde e não há muito mais.” (E2, P1)

“O centro de acolhimento.” (E4, P1)

No que diz respeito à intensidade das relações entre os vários actores na rede, destacaria a geral referência à intensa relação com a CPCJ, sendo este um recurso de eleição para o primeiro contacto e abertura de processo no caso da criança maltratada.

“A CPCJ.” (E1, P4)

“A comissão de protecção de menores e os projectos locais que existem ao tempo em que estamos, quando não existe...” (E3, P4)

“Eu penso que são as comissões (...)” (E5, P4)

Relativamente ainda ao estabelecimento de relações de maior intensidade, dois dos actores referem alguns projectos locais de entidades com responsabilidade em matéria de infância e juventude (que não foram considerados nesta investigação por não fazerem parte da rede formal da criança maltratada).

“ (...) os projectos locais que existem ao tempo em que estamos, quando não existe...” (E3, P4)

“ (...) eu metia as comissões, a EMAT, as IPPS, como estava a falar o CAFAP e outros serviços que hajam na comunidades (...)” (E5, P4)

Gostaria ainda de referir que três dos actores inseridos em meio hospitalar acabam por não se relacionar com outros recursos da comunidade externos ao hospital, delegando essas funções na assistente social de referência.

“O hospital, o internamento, a assistente social, a CPCJ.” (E2, P4)

“Com a assistente social, que faz os encaminhamentos.” (E4, P4)

“Normalmente aqui nós pedimos ajuda à assistente social e é através dela que são feitas muitas vezes estes contactos (...)” (E7, P4)

Nas relações de menor intensidade gostava de destacar uma opinião que refere que o problema não é a fragilidade da relação mas sim quando não há o serviço necessário para se manter a relação em cada caso específico.

“ (...) eu penso que tem havido sempre resposta em termos gerais. Só não há resposta quando não há serviço, não há, não há resposta.” (E6, P6)

Dois dos actores inseridos na rede referem que mantêm o menor número de relações com o centro de saúde, dizem ainda que não sabem o porquê, mas que gostariam de aprofundar esse conhecimento e que raramente mantêm contacto nestes casos da criança maltratada.

“O centro de Saúde, raramente nós na criança maltratada, não temos contacto com eles e eles conosco.” (E2, P6)

“São os centros de saúde não sei muito bem porquê mas podíamos pensar porquê?” (E5, P6)

No caso do centro de saúde, este elege a segurança social como a relação mais frágil na frequência dos contactos, devido aos excessos de burocratização dos processos instituídos, não correspondendo muitas vezes a uma resposta adequada à problemática.

“Eu já desinvesti, segurança social é para esquecer, ela existe mas é tudo tão burocratizado, e tão pouco..., o que eu sinto falta é de uma parceria estreita (...)” (E3, P6)

A representante da classe médica refere que acaba por sinalizar essas situações à assistente social não mantendo contacto com outros recursos externos ao hospital, contudo esta diz-nos que espera futuramente avanços nesta área com a criação do grupo de apoio hospitalar à criança em perigo, e que todos os técnicos possam evoluir e estreitar laços a nível interorganizacional.

“Normalmente aqui nós pedimos ajuda à assistente social e é através dela que são feitos muitas vezes estes contactos, o que eu acho é que com a criação deste núcleo nós talvez consigamos muitas vezes não chegar à CPCJ (...)” (E7, P6)

Com a finalidade de ilustrar as opiniões atrás analisadas, procedeu-se à utilização do software Ucinet versão 6, elaborando assim uma matriz ponderada das relações entre os vários actores da rede formal de apoio da criança maltratada na cidade do Barreiro, utilizando para isso as medidas descritivas que constituem o software.

**Quadro 3 - Matriz PONDERADA de relações**

	H1	H2	H3	H4	H5	CS1	CPCJ1
H1	_____	0	0	0	0	0	2
H2	2	_____	2	2	2	1	2
H3	0	0	_____	0	0	0	1
H4	0	0	0	_____	0	1	2
H5	0	0	0	0	_____	0	0
CS1	0	0	0	0	0	_____	2
CPCJ1	2	2	2	2	2	2	_____

Legenda:

2	Laços fortes
1	Laços fracos
0	Sem relação

**Quadro 4 - Matriz BINÁRIA de relações - 2**

	H1	H2	H3	H4	H5	CS1	CPCJ1
H1	_____	0	0	0	0	0	1
H2	1	_____	1	1	1	1	1
H3	0	0	_____	0	0	0	1
H4	0	0	0	_____	0	1	1
H5	0	0	0	0	_____	0	0
CS1	0	0	0	0	0	_____	1
CPCJ1	1	1	1	1	1	1	_____

Legenda:

1	Com relação
0	Sem relação

**Os Actores:**

**H1:** Enfermeira graduada responsável pelo grupo “criança maltratada, na urgência pediátrica, inserida no núcleo de apoio hospitalar à criança em risco, Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

**H2:** Enfermeira graduada da consulta externa pediatria do hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

**H3:** Enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, responsável pela formação e com funções de gestão no serviço de pediatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

**H4:** responsável pelo núcleo de apoio hospitalar à criança em risco do Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

**H5:** Médica Pediatra inserida no núcleo de apoio hospitalar à criança em risco do Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E.

**CS1:** Enfermeira graduada responsável pela consulta de saúde infantil do centro de saúde do Barreiro.

**CPCJ1:** Assistente social, Presidente da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Barreiro.

A presente matriz assimétrica diz respeito aos contactos da rede formal estudada neste trabalho. Estão contempladas as relações entre os técnicos das entidades da respectiva rede.

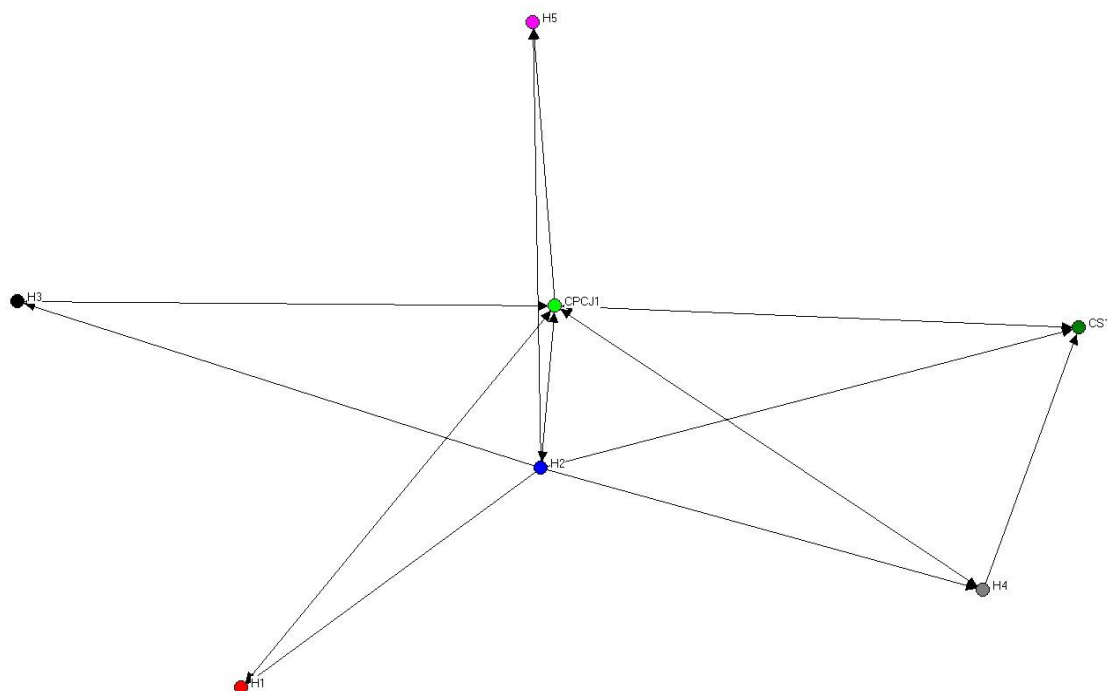
Para a construção da matriz foi questionado aos profissionais com quais entidades mantinham maior e menor número de contactos relativamente à problemática da criança maltratada e ao conseqüente aparecimento dos casos.

Para analisar esta matriz foi utilizado o software ucinet versão 6 que dispõem de um conjunto de medidas que permitem a análise de rede social, incluindo medidas descritivas, utilizadas neste estudo.

Para dar resposta aos objectivos de investigação, este software foi utilizado com o fim de:

- Representar a rede formal de apoio da criança maltratada na cidade do Barreiro,
- Conhecer as interacções dos actores na rede,
- Conhecer as dinâmicas das relações inter e intra organizacionais na rede de apoio da criança maltratada na cidade do Barreiro.

### Grafo 1



Legenda: Grafo Orientado correspondente às relações formais dos actores na rede da criança maltratada na cidade do Barreiro.

#### Análise do Grafo 1

Utilizando as medidas descritivas do software Ucinet para analisar o grafo acima desenhado podemos constatar:

- A quantidade de fluxos estabelecidos traduz-se numa matriz de intensidade moderada, revelando que dentro da rede são estabelecidas algumas relações entre os actores que a compõem,
- Nenhum actor é excluído da rede de relações, pelo que são emitidos fluxos para todos os actores,
- Existe um actor na rede que ocupa uma posição privilegiada, central na rede de grande influência pelo número de fluxos de comunicação das outras entidades,
- Podemos ainda observar no grafo a prevalência de laços fortes constituídos na rede.

A análise do grafo da matriz ponderada revela-nos uma densidade = 0,7381 (anexo) num máximo de 2, e a matriz binária revela-nos uma densidade = 40% ou seja num total de 100% de relações que se poderiam efectuar somente 40% foram efectuadas pelo que se considera uma matriz de densidade moderada.

Assim sendo num total de 42 (7×6) interacções possíveis na rede foram estabelecidas cerca de 17 interacções na rede da criança maltratada, o que pode ser explicável pela lacuna na área da informação e formação dos profissionais inseridos na rede.

Quanto à centralização (anexo) podemos observar no grafo a posição privilegiada e central entre a CPCJ e os restantes actores, sendo justificável pela grande disponibilidade em termos de parceria e encaminhamento dos casos da criança maltratada e também por ser uma entidade com bastante relevância social e por isso a constante recorrência dos outros actores a este recurso, recebendo igualmente o seu feedback.

No que respeita à centralidade (ou seja o número de laços aos quais um actor está ligado directamente, podemos destacar a CPCJ, mais uma vez, por estabelecer 6 laços fortes com os restantes recursos, seguidamente a enfermeira da consulta externa infantil do hospital que consegue estabelecer 5 laços fortes (Enfermeira da urgência pediátrica, enfermeira do internamento de pediatria, Psicóloga, Pediatra e CPCJ) e 1 laço fraco (enfermeira de saúde infantil do centro de saúde), posteriormente temos a psicóloga que efectuou 1 laço forte (CPCJ) e 1 laço fraco (enfermeira do centro de saúde), a enfermeira da urgência pediátrica e a enfermeira do centro de saúde estabeleceram 1 único laço forte coma mesma entidade (CPCJ), por fim a pediatra não efectuou ela própria para com os restantes actores nenhum laço directo.

Relativamente à intermediação que diz respeito ao grau de intervenção de cada actor em relação aos outros actores da rede, podemos observar e fazer sobressair novamente a CPCJ, como importante recurso na intervenção com os restantes actores promovendo relações e parcerias entre esta entidade e as restantes que compõem a rede formal da problemática em estudo, obtendo uma centralidade de 63,33%.

Neste grafo orientado podemos ainda visualizar o número de sub-grupos (cliques) estabelecidos na rede em estudo.

Assim sendo foram identificados 4 sub-grupos :

1 – **Enfermeira da consulta externa de pediatria do hospital, psicóloga, enfermeira centro de saúde, CPCJ**, a enfermeira da consulta de pediatria do hospital referencia o caso para a psicologia e/ou CPCJ e o encaminhamento para o centro de saúde da área de residência, ou a

interacção poder-se-à estabelecer no sentido oposto, iniciando-se a referenciação por um dos outros actores, numa intervenção à criança maltratada que não necessita de internamento.

2 - **Enfermeira da consulta externa de pediatria do hospital, Enfermeira do internamento de pediatria, CPCJ**, em casos identificados no internamento em relação à preparação para a alta da criança e estabelecida uma parceria entre a enfermeira da consulta que acompanhará a criança no pós-alta e a CPCJ que delibera sobre a decisão de resolução do caso.

3 - **Enfermeira da consulta externa de pediatria do hospital, Pediatra, CPCJ**, a criança no pós-alta é encaminhada e vigiada por estes três actores, pelo que tem de existir a informação recíproca sobre o estado de saúde da criança para a manutenção do bem-estar da criança.

4 – **Enfermeira da urgência pediátrica, Enfermeira da consulta externa de pediatria do hospital, CPCJ**, neste sub-grupo a enfermeira da consulta de pediatria do hospital estabelece relações com a enfermeira da urgência incluída no núcleo de apoio hospitalar à criança em risco em casos seguidos em ambulatório e a CPCJ mantém ligações com ambos no que respeita a despiste e vigilância de situação de risco iminente ou de maus tratos diagnosticados.

Relativamente aos principais motivos que levam os actores a relacionar-se podemos destacar a classe médica e de enfermagem relatando-nos que o grande objectivo deste contacto é o bem-estar da criança, a manutenção da sua saúde e a minimização do seu sofrimento pelo arrastar do processo.

“Por motivo de maus tratos, negligência e maus tratos acaba por ser negligência também, é praticamente isso.” (E1, P6)

“O bem-estar da criança.” (E2, P6)

“O tentar resolver a situação o mais rápido possível.” (E4, P6)

“São situações muitas vezes de maus tratos confirmadas (...) depois há também as situações que também não são tão poucas quanto isso de suspeita ou abuso sexual” (E7, P6)

Existe também referência à utilização desses contactos para recolha de informação complementar para cada caso para analisar e reflectir sobre ele, para tomar decisões mais adequadas.

“Os principais motivos são a recepção de situações que nós recebemos cá, que necessitamos de recolher informação ou mais informação, no fundo são pedidos de colaboração para podermos

“perceber, porque no fundo nós acabamos por estar, hospital, mais afastados das coisas que vão passando na comunidade (...)” (E5, P6)

No caso específico da CPCJ tentam manter relações multidisciplinares como fim de explorar o contexto familiar da criança, analisando até que ponto a família nuclear é estruturada, para posteriormente proceder-se aos trâmites judiciais estipulados na lei para esta problemática.

“O que nós procuramos sempre fazer no caso de crianças maltratadas passa por ver até que ponto, e isto tem de se feito muito rapidamente obviamente, ver até que ponto a família é recuperável (...)” (E6, P6)

“Depois se não se, se fez uma tentativa e não é recuperável, e portanto mantém-se o maltrato, nesse caso temos de avançar para outras medidas e aí seguimos aquilo que a lei nos diz (...)” (E6, P6)

Quanto à disponibilidade dos recursos, 3 dos actores destacaram a CPCJ como grande facilitadora de contactos e disponibilização de informação e intervenção nestes casos.

“O hospital e a CPCJ, mas numa partilha de informação já relacionada com os outros locais onde a criança poderá estar.” (E2, P7)

“A comissão de protecção de crianças e jovens.”  
(E3, P7)

“Aí tinha de especificar a CPCJ do Barreiro (...)” (E5, P7)

Contudo em duas entrevistas realizadas ficou registado que esses actores consideram não conhecer grande disponibilidade nos outros recursos por si identificados ou não têm noção deste factor, acabando por delegar essas funções na assistente social.

“Quase nenhum.” (E4, P7)

“Não tenho noção neste momento, isso tem ficado até agora mais para a parte médica e para a assistente social, aliás eles depois é que contactam a assistente social, psicólogo, não é?” (E1, P7)

A presidente da CPCJ refere que os recursos vão-se disponibilizando na medida que vão sendo solicitados de acordo com cada caso em particular e que até agora têm tido resposta adequada, quando há resposta na comunidade

“(...) temos todas as outras instituições que estão no terreno que mesmo não sendo membros da comissão nós vamos solicitando a colaboração nesta ou naquela situação dependendo do caso e que é assim, regra geral temos tido a colaboração (...)” (E6, P7)

No factor potencialidades dos recursos na comunidade, dois dos actores referem que as pessoas (actores) são a grande potencialidade desses serviços, e são elas que impulsionam o sistema e dão forma à rede para esta evoluir e sustentar-se.

“A potencialidade é que eu penso que há vontade para fazer melhor, há vontade para os técnicos falarem e isto é muito bom, e isto é muito bom haver

“a comunicação entre técnicos e isto até uma boa articulação” (E5, P3)

“As potencialidades somos nós que estamos cheios de boa vontade de fazer alguma coisa por estas

“... pessoas, vamos tentar, vamos ver o que é que conseguimos.” (E7, P3)

No que se refere ainda às potencialidades das entidades, quatro dos entrevistados referem que essas residem no conferir uma maior qualidade de vida à criança, retirando-a do contexto do agressor, protegendo a criança, construindo com esta um novo projecto de vida, reintegrando-a socialmente.

“As potencialidades prende-se com o facto de poderem atribuir à criança uma maior qualidade de vida e diminuir o risco social.” (E1, P3)

“Em termos hospitalares será o apoio técnico, que se poderá dar à criança, no fundo o proteger a criança em meio hospitalar (...)” (E2, P3)

“A maior potencialidade é retirar a criança da situação de risco (...)” (E3, P3)

“Só se for retirá-la do contexto do agressor” (E4, P3)

Relativamente aos constrangimentos desses recursos, é referido o desconhecimento do papel de cada actor na rede acabando por delegarem muitas vezes as suas responsabilidades noutros recursos sobrelotando-os, impedindo respostas e decisões atempadas e adequadas.

“Todos nós, todos os técnicos e instituições que intervenham na área da infância e juventude têm competência para actuar sempre que suspeitem que estão perante uma situação de perigo e podem accionar uma série de recursos na comunidade (...)” (E5, P2)

“ (...) porque ainda há muito a tendência para remeter ou para a comissão ou para os tribunais.” (E5, P2)

Existe ainda a referência há escassez de recursos humanos para implementar os projectos das entidades na comunidade, bem como a falta de formação e de apoios suficientes para dar resposta a esta problemática, tornando-se estes factores uma barreira significativa à construção do novo projecto de vida destas crianças. A escassez de vagas existente em cada recurso é igualmente referida como um constrangimento em todo o processo.

“As limitações em si, não sei, talvez falta de pessoal, de formação.” (E1, P2)

“Alguns não têm apoio suficiente para a problemática da criança” (E2, P2)

“Não haver vagas” (E4, P2)

“Os projectos terem pouca durabilidade (...) é um bocado circunscrito (...)” (E3, P2)

No caso da CPCJ é referido que a grande lacuna que se transforma em grande constrangimento é a falta de apoio psicológico, para avaliar o perfil da criança em consulta e no seu contexto sócio-familiar, para se poder analisar um pouco melhor tanto a criança como a pessoa significativa tomando decisões mais correctas.

“ (...) nós aqui temos muito essa necessidade do apoio, dessa avaliação psicológica e do acompanhamento se for caso disso, não é? Esta é também uma necessidade sentida de, não é falha, mas não há o suficiente na rede de suporte.” (E6, P2)

Gostava ainda de citar uma opinião que traduz os constrangimentos sentidos por todos estes actores que constituem a rede.

“ (...) é muito difícil mudar o que quer que seja com tão pouco o que nós temos.” (E7, P2)

#### 4.2 – Intervenção dos actores na rede

Com o objectivo de apresentar esta categoria será descrito o apoio prestado por estes actores bem como o que poderá ainda ser feito para melhorar a qualidade da intervenção nesta área.

Será também abordado o tipo de relação formal/informal estabelecido entre os vários actores e ainda o procedimento de encaminhamento dos casos na rede de suporte da criança maltratada, para atingir esse fim recorre-se mais uma vez às declarações dos vários actores que participaram neste estudo.

Na sub-categoria apoio prestado pelos vários actores na rede pode-se dividir o nível de intervenção por classes profissionais.

No que respeita a classe de enfermagem esta descreve a sua intervenção na área da identificação e sinalização de sinais e sintomas que possam estar na origem do diagnóstico de maltrato, na referenciação social destas situações e ainda na descrição escrita em processo clínico da situação actual de cada criança.

“Estar alerta, para reconhecer sinais que nos levem a pensar que há ali qualquer coisa que não (...) é quase pôr o sexto sentido a trabalhar muitas vezes.”  
(E1, P9)

“ (...) no fundo será fazer a referenciação social de que existe uma criança nestas condições (...)”(E2, P9)

“ (...) nós enfermeiros tentamos avaliar a situação, fazemos visitaçã domiciliária chamando e depois tentando ver o tipo de problema. A nossa intervenção é basicamente assegurar a vigilância de saúde naquela criança, o estado vacinal, tentar perceber os problemas que possam existir em termos da sua saúde, certo, esta é a nossa intervenção que chega à visitaçã domiciliária (...)”  
(E3, P9)

“Será referenciar todas as situações que nós detectamos aqui, mas muitas vezes isso não é tido em conta, Nós enfermeiros escrevemos a cada turno no processo da criança tudo o que se passou com ela (...)” (E4, P9)

Na área da psicologia, estes intervêm na reunião de dados estatísticos dos casos que vão diagnosticando, executando igualmente a função de centralização da informação, consultadoria e apoio nas várias situações apresentadas.

Incidem também na área da formação contínua dos profissionais que trabalham dentro desta temática.

“(…) ter informações estatísticas sobre o número de casos que vamos recebendo, (…)centralizar a informação dos casos de risco (…)prestar consultadoria e apoio a essas situações de risco (…) formação que se deve fazer ao pessoal administrativo auxiliar e no fundo também a todos” (E5, P9)

Na CPCJ, estes têm uma intervenção abrangente nas várias áreas englobadas pela comissão restrita numa primeira fase e posteriormente na comissão alargada, juntamente com estes profissionais intervêm em cada caso específico com o objectivo de uma resposta adequada e atempada nas crianças identificadas e por estes sinalizadas.

“Como sabe há a comissão alargada que depois há um núcleo “duro”, digamos que é a comissão restrita que depois trabalha e delibera sobre os processos (…)” (E6, P9)

Na classe médica, estes intervêm na área específica de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de acordo com os diferentes casos de maus tratos, por estes avaliados.

“Depende de qual é o problema para já os maus tratos têm de ser confirmados, certo? A partir daí temos de perceber o que é que foi, perceber se a vida criança está em jogo ou não, quem foi o maltratante foi um familiar, não foi um familiar? Temos de proteger esta criança e ela tem de ficar internada no fundo acaba por se fazer uma árvorezinha, não é?” (E7, P9)

Na sub-categoria apoio necessitado será igualmente dividida a análise por classes profissionais.

Na classe de enfermagem, estes profissionais referem a urgente necessidade de a equipa multidisciplinar considerá-los em todo o seu seguimento, pois são estes profissionais que acabam por cuidar desta criança e de a seguir enquanto criança saudável e em processo de doença. Ainda neste âmbito refere-se também a necessidade de formar os profissionais para melhor cuidar.

“Vamos tentar passar a saber mais informação de cada caso, porque até agora não havia nada protocolado, não havia uma folha de colheita de dados, portanto era só o que nós escrevíamos, umas vezes era valorizado, outras vezes não era valorizado, (...)” (E1, P10)

“ (...) ligam-se muito aos técnicos do internamento, e o corte entre os técnicos do internamento e a instituição é radical, nós muitas vezes acabamos por não perceber o que se passou com aquela criança (...)” (E2, P10)

“Pois eu acho que para responder a essa pergunta implicaria alguma formação na área, porque às vezes existem situações que eu própria quer dizer a minha limitação fica um pouco... Como é que eu hei-de actuar ou interagir em determinadas situações com aquele perfil daquela família, não é? (...)” (E3, P10)

“O que poderia ser feito e não é, era terem em conta a opinião do enfermeiro em todo o processo na equipa multidisciplinar, porque quase nunca o é.” (E4, P10)

No que respeita a psicologia é referido a necessidade de melhorar no âmbito dos recursos materiais e tecnológicos. E noutra vertente de recursos humanos, informar e formar os actores da rede sobre as suas funções e responsabilidades, para todos saberem o seu lugar nesta, levando à melhoria da qualidade da prestação de cuidados nas variadas situações.

“ (...) melhorar sobretudo a nível de recursos muito básicos, tecnologias sistemas de informação, criar um espaço onde possamos estar centralizados, mais ao nível das tecnologias (...)” (E5, P10)

“ (...) todos os técnicos possam falar cada um com o seu saber e tecer decisões conjuntas.” (E5, P10)

Na CPCJ a necessidade urgente identificada é o facto dos técnicos que trabalham diariamente com esta problemática terem conhecimentos profundos sobre o sistema de promoção e protecção instalado no nosso país, contudo consideram que para isso é preciso organizarem-se e formar esses profissionais numa primeira fase os profissionais restritos que trabalham directamente com esta entidade e depois alargarem aos seus parceiros da comunidade.

“ (...) há peças fundamentais no sistema de promoção e protecção que não sabem o seu papel nele, (...)” (E6, P10)

“ (...) iniciámos um ciclo de formação aqui a nível dos membros e alargando aos parceiros privilegiados (...)” (E6, P10)

A representante da classe médica refere a necessidade de alargar os horizontes e deixar de delegar todas as funções de triagem e encaminhamento noutros profissionais da área social, e iniciar uma interacção entre os outros recursos da comunidade e organizar actividades que privilegiem a comunicação e parceria entre as várias entidades da rede formal e informal de apoio da criança maltratada. Uma dessas actividades será a organização do Núcleo Hospitalar de Apoio à criança e jovem em risco que é constituído por uma equipa multidisciplinar que não tem como objectivo substituir os profissionais de saúde mas sim de informar e encaminhá-los nas várias direcções possíveis dentro do sistema de protecção da criança.

“ (...) podemos triá-los nós próprios podemos fazer alguma coisa, interagir com as estruturas da comunidade, não já as mais altas da pirâmide, mas entre as estruturas básicas eu acho que nós conseguimos e podemos fazer algumas coisas interessantes.” (E7, P10)

Na colheita de dados foi considerado o tipo de relações estabelecidas entre os recursos na rede da criança maltratada.

As opiniões foram unânimes, estabelecem-se num primeiro contacto relações mais informais, por variadas razões porque trabalham com os próprios colegas com quem já têm um conhecimento prévio de amizade, porque o sistema é tão burocratizado que todos os contactos formais demorariam imenso tempo até à resolução de cada situação que é sempre considerada como urgente, e muitas vezes também por desconhecimento dos procedimentos a realizar. Contudo é

também referido que para salvaguardarem a entidade em causa e a criança como cidadão com direitos é sempre formalizado, num fase seguinte, através do envio de relatórios, de pedidos de autorização, para tudo ficar registado no processo da criança.

“É como eu digo, até agora é mais verbal, informal (...)” (E1, P12)

“São mais do tipo informal.” (E2, P12)

“É mais informal (...)” (E3, P12)

“É assim, é mais informal.” (E4, P12)

“Começam por ser contactos informais e depois acabam sempre por ser formalizados através de envio de relatórios, pedidos de informação escrita e aí voltamos aquilo que estávamos a falar anteriormente, objectivar registar (...)” (E5, P12)

“Estabelecemos relações mais informais com os colegas, há sempre essa tendência, mas sempre formalizando o que é necessário formalizar.” (E6, P12)

“(...) até agora têm sido muito informais.” (E7, P12)

No que respeita ao encaminhamento dos casos diagnosticados podemos dividir as opiniões por classes profissionais.

Na classe de enfermagem, estes profissionais acabam por identificar e sinalizar os casos através de um questionário de risco, mas delegam o encaminhamento muitas vezes ou no pediatra que está de banco no caso de urgência ou posteriormente na assistente social que fará os restantes encaminhamentos com os recursos externos ao hospital. No centro de saúde após o preenchimento de um formulário de situação de risco encaminham directamente para a CPCJ.

“(...) é feito basicamente para o pediatra que está de banco, que depois observa, avalia, e dá seguimento ao caso (...)” (E1, P8)

“Existe um protocolo que é feito através da assistente social, é feito através da assistente social da instituição para o exterior (...)” (E2, P8)

“Temos uma folha de sinalização que, que preenchemos e que enviamos através de fax para a comissão.” (E3, P8)

“Detectado o caso aqui no internamento segue para a assistente social e ela faz os encaminhamentos lá fora.” (E4, P8)

Na área da psicologia existe a tentativa de criar uma rede de parceria para dar apoio à criança maltratada e sua família, de troca de informação e de saber o que sinalizar quando é necessário, estruturar a rede, torná-la funcional para a resolução dos casos.

“ (...) passa muito pela troca de informação e sinalizar quando necessário.” (E5, P8)

“ (...) tentamos criar uma rede, exactamente na comunidade em parceria para manterem ali um apoio às famílias (...)” (E5, P8)

Na CPCJ o encaminhamento de cada caso é seguido através do sistema de promoção e protecção estipulado na lei do nosso país.

Noutros casos de situações opostas em que é preciso encaminhar novamente para o hospital (via internamento ou consulta) é sempre feita através do respectivo médico de família para a psicologia ou pedopsiquiatria do hospital.

“O encaminhamento é sempre feito via médico de família para a psicologia do hospital ou para a pedopsiquiatria quando é caso de pedopsiquiatria, (...)” (E6, P8)

A intervenção do pediatra vai depender da tipologia dos maus tratos, seguindo várias vertentes, se está comprovado o risco iminente de integridade física e psicológica da criança segue para o internamento e posteriormente é encaminhado o caso para a assistente social do hospital, se não há perigo a criança tem alta segue para casa e são realizados os encaminhamentos de sinalização para a assistente social.

“Depende de qual é o problema para já os maus tratos têm de ser confirmados, certo? A partir daí temos de perceber o que é que foi, perceber se a vida criança está em jogo ou não, quem foi o maltratante foi um familiar, não foi um familiar?” (E7, P8)

### 4.3 – Divulgação da problemática

Com o objectivo de apresentar esta categoria será descrito as formas de divulgação desta problemática, bem como a sua prevenção e responsáveis por esta, para atingir esse fim recorre-se mais uma vez às declarações dos vários actores que participaram neste estudo.

Relativamente à divulgação dos casos na rede os enfermeiros entrevistados referem que estes são partilhados de forma informal em reuniões de serviço ou nas passagens de turno.

Poderão ser partilhados de uma forma mais formal quando há a participação destes à psicóloga.

“Poderão ser partilhados de forma informal em termos de enfermeiros, na passagem de turno, temos alguma articulação também com o psicólogo que poderá ser mais formal e escrito (...)” (E2, P18)

“(...) de forma informal, nós falamos das coisas sem haver um espaço direccionado com o objectivo disso, assim tudo é partilhado, até porque nós circulamos um bocado, não é?” (E3, P18)

“Muitas vezes em reunião de serviço ou em conversas informais.” (E4, P18)

Todavia um actor desta classe divulga que acabam por não partilhar estes casos, não havendo ainda esse tipo de passagem de informação e acompanhamento das situações.

“Pois ainda não começámos.” (E1, P18)

Na área da psicologia esta partilha é efectuada numa reunião informal, multidisciplinar em que se procede à discussão dos casos em questão, tendo como principal objectivo a articulação dos cuidados e do saber de cada profissional, para o bem-estar da criança.

“A reunião tem um carácter mais informal, uma reunião que acaba por ser também de discussão de caso, basicamente é isto é no fundo um trabalho de articulação.” (E5, P18)

Na CPCJ os casos são divulgados consoante a sua vertente (educação, saúde) e discutidos no núcleo respectivo na comissão restrita, já que é essa intervenção que está descrita na lei relativamente à partilha dos casos preservando a criança respeitando os seus direitos.

“Na medida do que é necessário e não mais que isso, a própria lei impõe-nos esse princípio não deve intervir no processo quem não tenha pertinência.” (E6, P18)

Na classe dos pediatras os casos são igualmente discutidos em reunião de serviço, reuniões multidisciplinares em que o conjunto de técnicos especializados delibera sobre estas situações de cariz tão complexo, não podendo ser decisões solitárias mas sim decisões conjuntas de técnicos de saúde que integram estas reuniões.

“ (...) estes casos mais complicados são discutidos pelos médicos enfermeiros, psicólogos assistentes social são normalmente situações partilhadas e as decisões complexas nunca são decisões de uma pessoa só, (...)” (E7, P18)

Relativamente à prevenção desta problemática na comunidade os profissionais de enfermagem desconhecem as actividades existentes para atingir esse objectivo, não organizando/realizando actividades para combater essa problemática da criança maltratada.

“Pois também ainda não pensámos nisso, ainda não chegámos aí.” (E1, P19)

“É assim eu pessoalmente não conheço (...)” (E2, P19)

“A nível do centro de saúde não há (...)” (E3, P19)

“Desconheço.” (E4, P19)

Na área da psicologia no hospital também nada se tem feito no âmbito da prevenção, contudo com a constituição do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) será estruturada uma divulgação através de formações junto das entidades que estabelecem parcerias com esta área da psicologia.

“Aqui, agora ainda não é feita, mas aquilo que poderá ser feito é nomeadamente também através da formação, talvez com uma divulgação junto destas entidades todas que colaboram connosco (...)” (E5, P19)

Quanto à CPCJ muito se tem feito no que respeita à prevenção da problemática na comunidade. É organizado um plano de acção com vários eixos de intervenção que em como objectivo a divulgação da temática e a sua prevenção junto da população.

“A comissão faz um vasto trabalho nessa área, nós este ano, o plano de acção temos 5 eixos de intervenção, o primeiro é mesmo a sensibilização da população (...) O segundo eixo é o reforço da articulação com as entidades e instituições da comunidade passa então pela saúde, pela educação, elas IPPS, (...) O terceiro eixo é a intervenção familiar a tremitação processual é o trabalho de fundo da comissão, o quarto eixo é a formação ou seja todo o programa de formação que nós desenvolvemos (...) e depois organização de actividades dirigidas aos menores e às crianças e às famílias que é o quinto eixo.” (E6, P19)

Na área médica também nada se tem feito na prevenção contudo surge a esperança com a constituição do NHACJR da elaboração de uma ficha de risco efectiva e através de visitas domiciliárias, no observar a criança e família no seu contexto sócio-familiar. Ideias a desenvolver mas que ainda não foram colocadas em prática.

“Acho que passa por muito por se tentar fazer uma ficha de risco tentar perceber se algumas crianças estão ou futuramente possam estar em risco e essas famílias deveriam ser identificadas e sinalizar à assistente social que até faz parte do núcleo e tentarmos de algum modo fazer as visitas domiciliárias (...)” (E7, P19)

No que respeita à responsabilidade da prevenção desta problemática a classe de enfermagem diz-nos que desconhecem o seu responsável, enquanto que outros delegam essa função na psicóloga e na assistente social.

“Não temos ninguém mas futuramente seria até interessante fazer um levantamento, sobre portanto..., falar com as escolas, qualquer coisa mas isso será se calhar num futuro.” (E1, P20)

“(.) não sei se existe alguém responsável na comissão, aqui não há ninguém com essa função específica.” (E3, P20)

“A psicologia, a pedopsiquiatria e a assistente social.” (E2, P20)

Um dos actores refere que o NHACJR será o grande responsável por dinamizar essas actividades.

“Neste momento é o núcleo em si (...)” (E5, P20)

Na CPCJ existe um grupo de técnicos especializados com essa função, que é a comissão restrita.

“Todos os técnicos da comissão.” (E6, P20)

No que respeita à classe médica não é identificado nenhum técnico no particular referindo-se que todos os técnicos de saúde que trabalham nesta área tão complexa têm na sua intervenção a função de prevenção.

“Nesta altura é tudo muito recente mas todos nós técnicos de saúde temos uma palavra a dizer.” (E7, P20)

#### 4.4 – Implementação do protocolo

Quando consideradas as vantagens do protocolo existente proveniente da Direcção Geral de Saúde, datado de 2007 em relação à intervenção na rede formal da criança maltratada as opiniões são unânimes, todos consideram o documento muito importante para a uniformização da intervenção nestes casos, ficando devidamente registado cada situação em específico.

“É agirmos todos da mesma forma, não é?” (E1, P11)

“ (...) a vantagem do protocolo e que todos seguimos o mesmo, a mesma a linha de pensar e de agir (...)” (E2, P11)

“A vantagem é porque fica notificado e isso foi uma das coisas nas várias reuniões que tivemos com a comissão acabámos por chegar a esse consenso (...)” (E3, P11)

“A vantagem é que todos seguiriam a mesma linha de actuação.” (E4, P11)

“ (...) existência de protocolos legítima as intervenções e permite que haja ou seja que nós saibamos o que fazer, termos uma intervenção mais rápida e mais acertada e ajuda.” (E5, P11)

“Eu acho que esse despacho é um excelente despacho, é uma mais valia para o sistema de promoção e protecção e queira Deus que ele passe do papel e não fique só no papel, porque é muito importante que isto seja implementado, (...)” (E6, P11)

“Eu acho que esses protocolos estratificam e orientam os profissionais de saúde, são importantíssimos (...)” (E7, P11)

No que se refere a desvantagens identificadas no protocolo, somente um actor citou que o protocolo poderá não se adaptar a todas as situações, devido à complexidade da problemática.

“ (..) a desvantagem, pronto é que o protocolo pode não se adaptar a todas as situações.” (E2, P11)

Os restantes actores não identificaram qualquer tipo de desvantagem no referido documento.

“Desvantagens, eu acho que não, acho que não.”  
(E1, P11)

Quanto a desvantagens, não vejo assim grandes desvantagens.” (E4, P11)

#### 4.5 – Formação contínua dos actores na rede

Quando se fala em critérios de formação na área da criança maltratada seis dos sete actores entrevistados revelou desconhecer ou negar a sua existência.

“Não houve nenhum critério de selecção, foram as pessoas que no início do ano, hã, houve vários projectos e as pessoas foram-se inscrevendo nos que achavam que tinham algum interesse.” (E1, P13)

“Não existe formação nesta área, eu particularmente acabo por ler uma situação ou outra, em congressos acabamos por assistir um bocadinho, mas é mais no sentido muito geral (...)” (E2, P13)

“Não existem critérios.” (E3, P13)

“Desconheço, não existem.” (E4, P13)

“Pois eu desconheço.” (E5, P13)

“Não existe.” (E7, P13)

Somente um dos actores refere que os critérios são estabelecidos mediante a elaboração dos vários projectos, contudo acaba igualmente por não identificar qualquer critério de formação.

“Definimos os projectos que consideramos importantes (...)” (E6, P13)

Quanto ao responsável de formação quatro actores referem que não existe responsável de formação.

“Não há ninguém responsável pelo plano de formação, porque não existe, é assim, está tudo muito no início (...)” (E1, P14)

“Não existe, porque não há nada instituído.” (E2, P14)

“Nosso não, no núcleo não mas a informação que tenho da ARS e que estão a começar agora a nível regional, os núcleos começaram numa ponta do país a dar formação aos profissionais (...)” (E5, P14)

“Agora ainda não há nada.” (E7, P14)

Dois dos actores identificam o responsável de formação geral do serviço, e nesse plano poderá estar contemplada formação sobre esta temática, não existindo nenhum responsável específico no âmbito da criança maltratada.

“A enfermeira responsável a enfermeira Helena, que é a enfermeira da saúde escolar, que é responsável pelo plano geral de formação, porque nesta área em específico, não há nada, não é?” (E3, P14)

“Pelo plano geral de formação do serviço de pediatria sou eu.” (E4, P14)

No caso específico da CPCJ, estes têm um grupo de técnicos responsáveis pelos vários eixos do seu plano de acção, onde contempla a formação nesta área da criança vítima de maus tratos.

“A nível da comissão alargada temos vários responsáveis nos vários eixos do nosso plano de acção.” (E6, P14)

Se não existe formação, tem como consequência directa a não existência de periodicidade.

“Não há nada estipulado.” (E2, P15)

“Não existe formação logo (...)” (E3, P15)

“Ainda não há nada definido.” (E5, P15)

“Também ainda não está estabelecida.” (E7, P15)

No caso que é identificado o responsável do plano geral de formação e na CPCJ, ambos descrevem o seu plano como anual.

“É anual.” (E4, P15)

“Temos um plano de acção anual (...)” (E6, P15)

Na pergunta sobre os constrangimentos e potencialidades da formação, um dos actores não identificou qualquer factor, pois como não existe formação também não pode responder à questão.

“Como não existe nada projectado (...)” (E2, P16)

No que respeita às potencialidades de formação seis dos actores são uniformes nas suas opiniões e referem que o factor da formação tem grandes potencialidades, no que corresponde à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, à aquisição de novos conhecimentos, reflectir sobre conhecimentos já adquiridos e para troca de experiências entre os vários profissionais.

“Este tipo de reunião traz muitos benefícios porque há troca de experiências na área e acaba sempre por ter implicações na rede.” (E1, P16)

“ (...) as potencialidades são que a qualidade dos cuidados prestados podiam ser melhores, porque muitas vezes ficamos na dúvida, na hora de intervirmos”(E3, P16)

“ todos os profissionais adquirirem conhecimentos na mesma linha de orientação.” (E4, P16)

“Potencialidades eu acho que são imensas, o adquirir novas competências, de reflectir sobre os conhecimentos que já tínhamos de partilha entre os técnicos de conhecimentos, de corrigirmos erros isso é fundamental para intervirmos, nós procurarmos informação, é isso que nos dá suporte, suporte para tomarmos melhores decisões, decisões mais informadas.” (E5, P16)

“Potencialidades são imensas, aprofundar conhecimento, desenvolver estratégias” (E6, P16)

“Os benefícios são muitos porque é um assunto que interessa a todos” (E7, P16)

Relativamente aos constrangimentos provocados pela formação na área da criança maltratada, os vários actores referem factores como pouca disponibilidade dos profissionais para realizar/assistir às formações, falta de motivação, e por ser uma área bastante complexa e extensa de formação.

“Os constrangimentos são mesmo não haver formação e mesmo que houvesse depois há uma data de condicionantes, a disponibilidade do local de trabalho, depois não dá para ir, e depois eu acho que isso acaba sempre por ficar remetido para segundo plano, e também tem de haver alguma motivação do profissional para esse fim (...)” (E3, P16)

“Os maiores constrangimentos passam pela dificuldade de arranjar pessoas”(E4, P16)

“Os constrangimentos é que é uma área muito complexa e que abrange muitas coisas e penso que será difícil num único curso de formação conseguirmos apreender tudo (...)” (E5, P16)

“(...) constrangimentos, não sei, só se for pela pouca disponibilidade (...)” (E6, P16)

“(...) dificuldades em fazer acções de formação pois já vai haver dificuldades porque têm de se conjugar horários e arranjar tempo para isso mas também acho que não será por aí (...)” (E7, P16)

Segundo cinco dos sete actores não são avaliadas as formações, devido ao facto de na maioria dos casos não existir formação na entidade respectiva.

“É tudo falado, escrito ainda não temos nada, vamos planeando e avaliando a cada reunião (...)” (E1, P17)

“Não são.” (E2, P17)

“Não são, simplesmente.” (E3, P17)

“Não nesse momento ainda não chegámos aí, é da experiência que sentimos é muito empírico (...)” (E5, P17)

“Ainda não está a ser feito.” (E7, P17)

No caso específico da enfermeira responsável pela formação geral do serviço de pediatria a formação é avaliada através do plano do ano anterior, e pelos critérios impostos pela própria instituição.

“Este ano foram avaliadas consoante o plano do ano passado que não foi cumprido e mais as que são impostas pelo hospital.” (E4, P17)

Quanto à CPCJ as formações são avaliadas segundo o envio de um inquérito para os técnicos que trabalham juntamente com esta entidade, recebendo posteriormente o seu feedback.

“Foi enviado um questionário para todos os técnicos que de alguma forma lidam connosco (...)” (E6, P17)

## Conclusões

A construção da infância foi um processo complexo no contexto das suas representações, da reconstrução do seu dia-a-dia e principalmente no aparecimento de instituições sociais para as crianças. Só no século XX é assumida a imagem da criança cidadã, plena de direitos. A referência aos maus tratos em crianças é fruto da modernidade, pois era um acto escondido e ocultado no seio da própria família, actualmente verifica-se uma maior sensibilização em relação a este problema e a violência expressa ou silenciosa começou a preocupar cada vez mais a humanidade.

Portugal é um dos poucos países a apresentar estatísticas destes casos a nível nacional.

Na cidade do Barreiro registou-se um aumento do número de casos de diagnóstico de crianças maltratadas (2005 – 38 casos, 2006 – 176 casos, 2007 – 193 casos)(HNSR, n.d) pelo que o estudo da dinâmica das relações dos actores que intervêm na rede formal de saúde destas crianças, suscita grande interesse e aprofundamento do seu conhecimento, orientando esta pesquisa na identificação desses actores, nas suas relações, representando assim a rede formal de saúde dessas crianças na cidade do Barreiro.

Contudo antes de avançar gostaria de referir que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente por não ter sido conseguido o número de entrevistas propostas no projecto, primeiro porque não foi obtido o consentimento por parte de uma entidade (Tribunal de Família e menores da Comarca do Barreiro), e segundo por falta de disponibilidade do profissional em questão (assistente social do Hospital).

Outra das limitações considerada é o facto da metodologia utilizada (ARS) ser pouco usual em estudos de investigação na área da Saúde, não sendo pretendido obter conclusões categóricas nem generalizáveis com a conclusão deste trabalho, em relação à problemática apresentada.

Esta dissertação é um trabalho de investigação qualitativo, numa abordagem descritiva da dinâmica das relações dos profissionais que trabalham diariamente com estas crianças, as suas potencialidades e constrangimentos, a intensidade das parcerias, o nível de intervenção, o acompanhamento dos casos, a formação contínua dos actores e a promoção da prevenção destas situações junta da comunidade e nas zonas-alvo mais atingidas.

Este estudo pretende assim conferir contributos para a identificação de potencialidades/fragilidades desta realidade, podendo originar futuramente novos trabalhos de investigação.

No que respeita à dinâmica das relações entre os vários actores que constituem a rede formal de saúde da criança maltratada, obteve-se uma matriz ponderada, dando origem a um grafo orientado que se traduz numa rede formal de densidade moderada onde predomina a existência de laços fortes, ou seja as organizações ainda se encontram muito centradas em si,

mantendo relações de grande intensidade, este tipo de rede tem maior tendência para se fechar sobre si mesma. Pode-se ainda identificar a existência de sub-grupos dentro do grafo da rede formal. Destaca-se ainda o poder de centralização de uma das entidades em relação a todas as outras, assumindo uma importância maior no estabelecimento das relações com os restantes nesta rede.

Relativamente à implementação do protocolo (Documento técnico da DGS) que estipula os vários níveis de intervenção na criança maltratada, todos os intervenientes consideraram o documento de excelente qualidade e facilitador das decisões complexas a deliberar, considerando o seu maior benefício a uniformização dos procedimentos nas suas intervenções/acções.

Em relação à formação contínua, esta foi identificada como a grande lacuna presente na rede, tendo esta como principal função o conhecimento de cada profissional relativamente ao seu papel na rede.

Nesta rede estudada não existe formação contínua específica, nem responsável pela elaboração de um plano de acção orientado somente para esta temática, contudo os profissionais encontram-se motivados para a evolução do seu conhecimento técnico-científico, na troca de experiência, identificando como potencial constrangimento a falta de disponibilidade horária para a sua execução.

Por último considerámos também a prevenção deste problema junto da comunidade, sensibilizando-a para as suas graves consequências, este trabalho é escassamente efectuado ao nível das entidades e só a CPCJ elabora um plano de acção que tem por fim o atingir desse objectivo, todavia os técnicos encontram-se despertos para as suas responsabilidades e referem que todos eles têm uma palavra a dizer para o combate desta problemática. Para uma melhor interpretação desta rede em estudo foi elaborado um esquema que sintetiza toda a intervenção destas entidades na procura da melhoria da qualidade da prestação de cuidados nestas crianças com o objectivo principal da sua re-integração social na comunidade (anexo).

Este problema cada vez mais actual insere-se numa área maior dos sistemas de saúde, que é a Qualidade.

Assiste-se em Portugal actualmente a mudanças decisivas nesse sector, levando-o ao aumento dos serviços de saúde, evolução nas exigências e um aumento das despesas que se traduz num consequente aumento das pressões que exigem mudança nesta área.

Neste trabalho é ainda edificada a estrutura de um plano de intervenção nas várias áreas de maior fragilidade detectadas na rede, e que pretende ser uma ferramenta útil à introdução de melhorias da qualidade dos cuidados prestados.

Por último considera-se de grande importância e utilidade para a análise da intervenção na rede formal de saúde da criança vítima de maus tratos a planificação de um circuito de

entradas e saídas das crianças desde o momento de detecção do diagnóstico até ao seu encaminhamento, considerando as várias entidades estudadas (anexo).

Ao nível do serviço de urgência pediátrica vários são os responsáveis pela criança desde o momento de realização da sua ficha de urgência, a secretária que formula essa dita ficha a auxiliar de acção médica que acompanha a criança ao nível da alimentação, sono e encaminhamento de exames e outras avaliações médicas, a enfermeira que faz a triagem dos casos e encaminha para o pediatra que observa e elabora a história de vida da criança, devemos considerar igualmente a assistente social que avalia a situação e sinaliza às entidades com competência em matéria de infância e juventude externos ao hospital, e a que realiza a avaliação psicológica e formula um relatório que acompanha o desenvolvimento do caso.

Findando a observação da criança na urgência esta pode ser encaminhada para a consulta aberta de pediatria do hospital, CPCJ, internamento.

No internamento a criança será da responsabilidade da enfermeira de referência que a acolhe, do pediatra que realiza o seu processo e que a vai assistir durante o internamento, da auxiliar de acção médica responsável pela alimentação, vestuário e envio de pedido de exames e outras avaliações médicas, as educadoras de infância no acompanhamento escolar e lúdico da criança, a assistente social na sinalização da situação às entidades externas ao hospital e a psicóloga que acompanha a criança no que respeita a sua evolução psicológica. Aquando da preparação para a alta médica e social da criança, esta poderá continuar ligada à consulta externa de pediatria, é referenciada ao centro de saúde de referência através da carta de alta de enfermagem, à CPCJ, e ao Tribunal de família e menores no caso da CPCJ não ter legitimidade de decisão no caso.

Quando a situação de maus tratos é diagnosticada ao nível do centro de saúde, a enfermeira da consulta de saúde infantil tem as devidas responsabilidades relativamente aos registos da ocorrência, na visitação domiciliária e nos encaminhamentos a efectuar, quer a nível da avaliação psicológica da criança, quer do envio da ficha de risco para a CPCJ e consequentemente para o hospital se a criança inspirar perigo iminente para a sua vida.

Na consulta de psicologia a responsabilidade é deste técnico especializado que elabora um relatório pormenorizado da situação no processo do doente e o encaminha para as respectivas entidades, assistente social, centro de saúde, CPCJ e em última instância para o tribunal de família e menores.

Por fim a CPCJ que terá a sua responsabilidade em primeiro nível atribuída à comissão restrita e posteriormente à comissão alargada, a CPCJ acompanha o caso, realiza a sua avaliação e consequentemente a visitação domiciliária observando a criança no seu contexto sócio-familiar,

realiza actividades informativo-didáticas junto da população afectada expõe esta problemática, encaminhando-a na área da saúde para o centro de saúde (médico de família), psicóloga, hospital (internamento), ou então quando não lhe é concedida autorização pelo detentor do poder paternal, o caso segue para o tribunal e será este a deliberar a decisão final da situação de maus tratos da criança.

Descrevendo todos estes resultados, há que reflectir, parar para pensar, nas melhorias a introduzir nesta rede formal de Saúde da criança maltratada, as entidades continuam ainda muito fechadas em si, cada uma com o seu saber não cooperando, não beneficiando não só a criança como os profissionais que fazem parte da rede, e toda a componente judicial incluída, o objectivo não é livrar a responsabilidade, mas sim atribui-la a cada actor na re-integração daquela criança na comunidade e cada um com o seu saber científico contribuir e fazer parte da sua vida de uma forma gradual e constante, para que a criança possa criar laços de afectividade e ter vínculos com aquele grupo de actores que a tem acompanhado durante todo o processo de diagnóstico e intervenção, este será um dos muitos caminhos a percorrer para fazer face a este problema. Esta é uma problemática cada vez mais denunciada no nosso país, e a intensidade e qualidade das relações estabelecidas por estes parceiros, trará concertiza ganhos para a saúde e mais importante que tudo ganhos imensuráveis para a vida da criança e na vivência da sua infância.

## **Recomendações: Proposta de Intervenção sócio-organizacional para a rede formal de Saúde da criança maltratada na cidade do Barreiro**

A temática da criança maltratada é considerada de exposição recente, só no século XX foi iniciada a caminhada para o estabelecimento dos direitos da infância (Soares, 2005).

Segundo a Direcção Geral de Saúde os maus tratos em crianças “constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa” (Direcção Geral de Saúde, 2007:7).

Ao realizar-se este estudo foi detectada a necessidade de aprofundamento de conhecimentos técnico-científicos nesta área tão específica, bem como da criação de estratégias para o estabelecimento e melhoramento das interações entre os vários actores que constituem a rede formal de Saúde da criança maltratada na cidade do Barreiro.

Ou seja nestas situações em causa há que intervir atempadamente com o objectivo de retirar a criança da exposição ao factor de risco utilizando assim “políticas, estratégias e acções integradas, dirigidas à população em geral ou familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que pela sua precaridade, criem condições de especial vulnerabilidade (Direcção Geral de Saúde, 2007:8).

Sendo assim, este trabalho de investigação académica não estaria concluído se não fosse estruturada um plano de intervenção respectivo às entidades contempladas no estudo tendo por base as não conformidades detectadas, de forma a que possa ser transformado numa ferramenta útil de melhoria de qualidade da prestação de cuidados com utilização prática no défice existente nas relações estabelecidas entre os actores que compõem a rede formal de saúde da criança maltratada.

Foi idealizado um plano de intervenção que contempla as áreas de grande constrangimento na rede formal de Saúde nomeadamente ao nível das relações entre os vários actores que compõem a rede, formação desses profissionais nesta problemática e na prevenção da mesma junto da comunidade.

O plano de intervenção contará com uma primeira área relativa à promoção das relações/parcerias entre os actores da rede, que passará pela organização de um grupo de trabalho de origem multidisciplinar que efectuará reuniões periódicas para discussão de casos, e partilha de experiências, e posteriormente serão identificados critérios para organizar pequenos grupos de profissionais de acompanhamento/referência em cada caso e de acordo com a sua etiologia.

Na área da formação será constituído um grupo de trabalho de profissionais de referência nesta temática que se organizarão e elaborarão um plano anual de acção, que contemplará as várias vertentes do tema da criança maltratada.

Por fim será mencionada a prevenção da problemática com a organização de actividades de cariz informativo/didáctico junto da população-alvo afectada, sendo organizada uma actividade por semestre, e por fim a elaboração de posters com teor informativo de prevenção do problema nas entidades (Hospital, Centro de Saúde, CPCJ) alertando a população que as frequenta.

Todos os processos, procedimentos em saúde necessitam de uma avaliação para a manutenção da garantia da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados obtidos.

A avaliação de projectos/normas em saúde deve ser um sistema de vigilância e registo de implementação/acção de uma dada intervenção. Deve ser permanentemente efectuado e deve fornecer, indicação e informação relativamente ao recurso em causa.

Sendo assim propõe-se como principais objectivos desta avaliação:

- Permitir a identificação de falhas existentes no documento.
- Determinar se a intervenção está a ser executada de acordo com o previsto.
- Proporcionar desenvolvimento das capacidades técnico/científicas do profissional de saúde.
- Permitir a detecção e minimização de factores de risco no procedimento.
- Determinar se a intervenção é eficaz.
- Melhorar a qualidade das intervenções (eficácia e eficiência). (Schiefer, Dobel, 2001).

Igualmente importante para a monitorização do plano e detecção das suas não conformidades e melhorias a introduzir que conduzam à evolução constante da qualidade em saúde, trazendo ganhos de extrema importância não só para as entidades como para os profissionais que vêm assim reconhecido o seu trabalho, são as auditorias de qualidade.

Este tipo de auditoria “reforça a determinação e a confiança na implementação do sistema de qualidade” (Paiva, Christo, 2002: 16). Esta monitorização tem dois objectivos principais, “a imediata sensibilização das pessoas para a leitura, interpretação e análise dos cuidados de tudo o que está descrito no documento do Sistema” (Paiva, Christo, 2002: 3) e ainda “as várias oportunidades de simplificação dos conteúdos desses documentos, que surgem com a auditoria dos procedimentos” (Paiva, Christo, 2002: 3).

## 1 - Plano de intervenção

<b>Diagnóstico</b>			
Observado défice na intensidade e densidade das relações entre os vários actores que constituem a Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada, dificultando o nível de intervenção dos profissionais perante a problemática levando muitas vezes à não identificação respectiva sinalização e encaminhamento destas situações.			
<b>Análise externa</b>			
<b>Oportunidades</b>		<b>Ameaças</b>	
O Ministério da Saúde organizou um documento que preconiza a intervenção de cada entidade de Saúde e suas parcerias na rede formal da criança maltratada a nível nacional		Aumento do número de casos de crianças vítimas de maus-tratos.  O não cumprimento do procedimento pela deficiente divulgação do mesmo.	
<b>Análise interna</b>			
<b>Pontos fortes</b>		<b>Pontos fracos</b>	
Recursos físicos existentes, motivação dos profissionais, multidisciplinidade das equipas que constituem as entidades. Promoção da saúde, prevenção e divulgação da problemática. Cada profissional intervir dentro da sua área de conhecimento		Falta de recursos humanos, Escassas interações entre os vários actores da rede, a não sinalização de situações de risco, o não encaminhamento atempado e adequado dos casos.	
<b>Objectivos</b>			
<b>Objectivos</b>	<b>Prazos</b>	<b>Metas</b>	<b>Cenário</b>
Identificar os actores da rede de apoio da criança maltratada,  Promover as interações entre os vários actores da rede,  Conhecer o papel de cada actor na rede,  Promover o conhecimento técnico-científico de cada actor  Promover junto da comunidade,	2009/2010	Implementação de grupo de trabalho multidisciplinar com um representante de cada entidade da rede Formal de Saúde    Designação de equipa de acompanhamento/referência em cada caso em particular	Hospital  Centro de Saúde  CPCJ

medidas de controlo e prevenção da problemática			
---	--	--	--

<b>Estratégias</b>		
Criação do grupo de trabalho multidisciplinar (Criança Maltratada)		
Seleccção dos profissionais que o compõem.		
Estipulação de critérios para designação de equipa de referência /acompanhamento em cada caso		
<b>Plano de acção</b>		
Criação do grupo de trabalho multidisciplinar (Criança Maltratada)		
<b>Fases de acção</b>	<b>Prazos</b>	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Elaboração e entrega de documento descritivo após aprovação do concelho de administração	
<b>Recursos necessários</b>		
<b>Humanos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Financeiros</b>
Profissionais de referência de cada entidade na área da criança maltratada	Sala de reunião Recursos tecnológicos	A definir e actualizar
<b>Indicadores de desempenho</b>		
As estratégias a desenvolver		

<b>Plano de acção</b>		
Estipulação de critérios para designação de equipa de referência /acompanhamento em cada caso		
<b>Fases de acção</b>	<b>Prazos</b>	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Deve ser elaborada normas de critérios identificados após aprovação do concelho de administração	
<b>Recursos necessários</b>		
<b>Humanos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Financeiros</b>
Profissionais de referência de cada entidade na área da criança maltratada, que constituem o grupo (Criança Maltratada)	Recursos físicos necessários: equipamento informático, sala de reunião.	A definir e actualizar.
<b>Indicadores de desempenho</b>		
Número de critérios a criar		

<b>Diagnóstico</b>			
Observado ausência de formação na área da criança maltratada nas entidades que constituem a Rede Formal de Saúde.			
<b>Análise externa</b>			
<b>Oportunidades</b>		<b>Ameaças</b>	
A CPCJ desenvolve seminários de divulgação da problemática		Aumento do número de casos de crianças vítimas de maus-tratos.	
O Ministério da Saúde organizou um documento que preconiza a intervenção de cada entidade de Saúde e suas parcerias na rede formal da criança maltratada a nível nacional		O não desenvolvimento de competência nesta área específica	
<b>Análise interna</b>			
<b>Pontos fortes</b>		<b>Pontos fracos</b>	
- Recursos físicos existentes, Recursos humanos existentes multidisciplinidade das equipas que constituem as entidades. Promoção da saúde, prevenção e divulgação da problemática para que cada profissional possa intervir dentro da sua área de conhecimento e tome decisões mais esclarecidas		Falta de motivação dos profissionais  Relações de fraca densidade entre os vários actores que compõem a Rede Formal de Saúde da Criança Maltratada	
<b>Objectivos</b>			
<b>Objectivos</b>	<b>Prazos</b>	<b>Metas</b>	<b>Cenário</b>
Promover as interações entre os vários actores da rede,  Conhecer o papel de cada actor na rede,  Promover o conhecimento técnico-científico de cada actor  Promover troca de experiência Entre os vários actores	2009/2010	Organização de grupo de trabalho responsável pela formação na área da criança maltratada	Hospital  Centro de Saúde  CPCJ

<b>Estratégias</b>		
Criação do grupo de trabalho multidisciplinar responsável pela formação na área da Criança Maltratada		
<b>Plano de acção</b>		
Criação do grupo de trabalho multidisciplinar responsável pela formação na área da Criança Maltratada		
<b>Fases de acção</b>		<b>Prazos</b>
Etapas na elaboração do plano a definir.		Elaboração e entrega de Plano de Acção anual após aprovação do concelho de administração
<b>Recursos necessários</b>		
<b>Humanos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Financeiros</b>
Profissionais de referência de cada entidade na área da criança maltratada	Sala de formação Recursos áudio-visuais	A definir e actualizar
<b>Indicadores de desempenho</b>		
Número de formações realizadas		
Área específica de formações realizada		
Número de assistente das formações		

<b>Diagnóstico</b>			
Observado ausência de divulgação da problemática da criança maltratada junto da comunidade na cidade do Barreiro			
<b>Análise externa</b>			
<b>Oportunidades</b>		<b>Ameaças</b>	
<p>A CPCJ desenvolve alguns seminários de divulgação da problemática junto da comunidade</p> <p>O Ministério da Saúde organizou um documento que preconiza a intervenção de cada entidade de Saúde e suas parcerias na rede formal da criança maltratada a nível nacional</p>		<p>Aumento do número de casos de crianças vítimas de maus-tratos.</p> <p>A não detecção e sinalização atempada de situações potenciais de risco ou de maus tratos concretizados</p>	
<b>Análise interna</b>			
<b>Pontos fortes</b>		<b>Pontos fracos</b>	
<p>- Recursos físicos existentes, Recursos humanos existentes</p> <p>multidisciplinidade das equipas que constituem as entidades.</p> <p>Promoção da saúde, prevenção e divulgação da problemática junto da comunidade</p>		<p>Falta de motivação dos profissionais</p> <p>Falta de disponibilidade</p> <p>Fraca interacção entre os actores da rede</p>	
<b>Objectivos</b>			
<b>Objectivos</b>	<b>Prazos</b>	<b>Metas</b>	<b>Cenário</b>
<p>Divulgar a problemática</p> <p>Promover a divulgação da problemática junto da comunidade</p> <p>Promover troca de experiência na comunidade</p>	2009/2010	<p>Organização de actividades recreativas com a comunidade</p> <p>Realização de posters na área da criança maltratada</p>	<p>Hospital</p> <p>Centro de Saúde</p> <p>CPCJ</p>

<b>Estratégias</b>		
Organizar actividade recreativa semestral junto da população mais afectada		
Realizar posters divulgando a problemática		
<b>Plano de acção</b>		
Organização de actividades recreativas com a comunidade		
<b>Fases de acção</b>	<b>Prazos</b>	
Etapas na elaboração do plano a definir.	Elaboração e entrega de Plano de Acção de actividade semestral após aprovação do concelho de administração	
<b>Recursos necessários</b>		
<b>Humanos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Financeiros</b>
Profissionais de referência de cada entidade na área da criança maltratada	Local para desenvolvimento da actividade	A definir e actualizar
<b>Indicadores de desempenho</b>		
Número de actividades realizadas		
Número de participantes nas actividades		
<b>Plano de acção</b>		
Realização de posters divulgando a problemática		
<b>Fases de acção</b>	<b>Prazos</b>	
Etapas na elaboração do plano a definir	Elaboração e entrega do Poster após aprovação do concelho de administração	

<b>Recursos necessários</b>		
<b>Humanos</b>	<b>Físicos</b>	<b>Financeiros</b>
Profissionais de referência de cada entidade na área da criança maltratada	Sala de espera do serviço de urgência hospitalar  Sala de espera da consulta de saúde infantil do centro de Saúde  Refeitório do serviço de pediatria  Instalações da CPCJ	A definir e actualizar
<b>Indicadores de desempenho</b>		
Número de posters realizados		
Número de Posters exposto		

## 2 - Grelha de avaliação do plano de intervenção

<p><b>Data de preenchimento:</b></p> <p><b>Responsável pelo preenchimento:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO</b></p>
--

<b>Crítérios de avaliação do plano de intervenção</b>	<b>Não aplicável</b>	<b>Inferior ao previsto</b>	<b>Igual ao previsto</b>	<b>Superior ao previsto</b>	<b>Observações</b> (dificuldades sentidas, medidas a tomar, outras obs.)
<b>Aceitação</b> Motivação dos profissionais face ao plano					
<b>Coerência</b> Verificação das condições para a execução do plano					
<b>Conformidade</b> Abordagem dos critérios que valorizam em que medida se respeita o plano					
<b>Eficácia</b> Execução dos procedimentos respeitando os princípios estabelecidos pelo plano					

<b>Avaliação do plano de intervenção</b>	<b>Não aplicável</b>	<b>Inferior ao previsto</b>	<b>Igual ao previsto</b>	<b>Superior ao previsto</b>	<b>Observações</b> (dificuldades sentidas, medidas a tomar, outras obs.)
<b>Eficiência</b> Adequação dos critérios estabelecidos no plano de acordo com os recursos existentes					
<b>Pertinência</b> Objectivos da intervenção são pertinentes para as necessidades das entidades da rede formal					
<b>Sistema de gestão</b> Utilização adequada dos recursos disponibilizados					
<b>Sustentabilidade</b> Identificação de situações passíveis de mudança para a execução do plano					
<b>Utilidade</b> Respeito pelos critérios que contribuem para a normalização dos procedimentos					

### 3 – Projecto de auditoria ao plano de intervenção

Procedimento a auditar	Pano de intervenção
<b>Departamentos implicados</b>	Centro de saúde Barreiro – Consulta de saúde infantil, Hospital (urgência Pediátrica, internamento, consulta externa, psicologia) CPCJ - Barreiro
<b>Data</b>	A agendar
<b>Auditor</b>	externo, técnico especializado na área da qualidade em saúde
<b>Causas da auditoria</b>	Implementação de um novo plano de intervenção na área da criança maltratada, ao nível das entidades que compõem a rede formal de Saúde da criança maltratada
<b>Objectivo da auditoria</b>	Verificação de conformidade do procedimento, adesão dos profissionais do serviço e adequação de novas estratégias a implementar
<b>Documentos a utilizar</b>	Referencial normativo adoptado
<b>Lista de verificação:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar clareza do objectivo</li> <li>• Verificar se é claro a área do plano, tipo de trabalho a desenvolver, locais de aplicação e limites da função</li> <li>• Verificar revisões do plano (Quem?, Quando?, Porquê?)</li> <li>• Verificar definição de todos os conceitos</li> <li>• Verificar lista de abreviaturas se existir</li> <li>• Verificar referências bibliográficas</li> <li>• Verificar se estão definidas as responsabilidades e deveres das pessoas ou grupos que implementam o plano</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se é realista e adequado à problemática</li> <li>• Verificar a lista de registos de tarefas efectuadas</li> <li>• Verificar se foi feita a distribuição a todos os implicados na implementação do plano</li> <li>• Verificar se as entidades têm presente o plano de intervenção (recebeu?, data de revisões)</li> <li>• Se as entidades receberam o plano</li> <li>• Verificar se estão a implementá-lo</li> <li>• Verificar se as actividades descritas são as que estão a ser elaboradas</li> <li>• Verificar o tratamento e seguimento dos indicadores referidos</li> <li>• Verificar se todas as tarefas descritas estão a ser executadas</li> <li>• Verificar se as condições de arquivos são as mencionadas no plano</li> </ul>
<p><b>Elaboração e Divulgação de relatório final de auditoria:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folha de síntese</li> <li>• Lista de verificação devidamente preenchida</li> <li>• Resultados da auditoria (índice de risco e índice de progresso)</li> <li>• Recomendações e propostas de acção correctiva</li> </ul>

## Bibliografia:

- Alberto, Isabel Maria Marques (2004). Maltrato e trauma na infância. Coimbra. Almedina.
- Barros, Pedro Pita (1998). “Qualidade em cuidados de saúde – avaliação e melhoria”. Retirado em 11 de Junho, 2009 em <http://ppbarros.fe.unl.pt/my%20shared%20documents/rslvt.pdf>
- Câmara Municipal do Barreiro (s.d). Caracterização da cidade do Barreiro. Retirado em 5 de Janeiro, 2009 em <http://www.cm-barreiro.pt>
- Campenhoudt, Luc Van, Quivy, Raymond (1988). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa. Gradiva
- Canha, Jeni (2003). Criança Maltratada: o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação, Estudo prospectivo de 5 anos. Coimbra. Quarteto editora..
- Collado, Carlos Fernández, et.al. (2006). Metodologias de pesquisa, São Paulo. McGrawHill.
- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens do Barreiro (s.d). Protecção a crianças e jovens. Retirado a 5 de Setembro de 2009, <http://www.cm-barreiro.pt/pt/conteudos/municipio/assuntos+sociais/ptotecção+crianças+e+jovens/>
- Costa, J. C, G, da, (2000). Risco e Vulnerabilidade. Vila Real.
- Digneffe, Françoise, Albarello, Luc, Hiernaux, Jean-Pierre, Saint-Georges, Pierre (1997). Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva.
- Direcção-Geral de Saúde (2007). Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde: Documento Técnico.

- Fialho, Joaquim (2007). Redes de Cooperação Interorganizacional: O caso das entidades formadoras do Alentejo Central. Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia. Universidade de Évora.
- Flick, Uwe (2005). Métodos qualitativos na investigação científica, Lisboa. Monitor..
- Gimeno, Adelina (2001). A família: O desafio da diversidade. Instituto Piaget.
- Goes, Ana Rita, Teixeira, Joana Isaac, Rita Joana Santos (2004). Cenários para o Futuro do Sistema de Saúde Português. Observatório Português Dos Sistemas de Saúde. Retirado e 31 de Outubro de 2008, [http://www.observaport.org/NR/OPSS/print.asp?id={FFB0D39C-5C90-48BE-BA7B}](http://www.observaport.org/NR/OPSS/print.asp?id={FFB0D39C-5C90-48BE-BA7B)
- Gómez, Carmen Imelda González, Hernández, Manuel Basaldúa (2007). La Formación de Redes Sociales en el Estudio de Actores y Familias. Perspectiva de Estudio en Historia y Antropología. REDES- Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales.
- Guerra, Isabel Carvalho (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso. Cascais. Principia.
- Guia de apoio às parcerias de desenvolvimento (2003), colecção saber fazer, nº3.
- Hanneman, Robert.A. (s.d). Introducción a Los Métodos del Análisis de redes Sociales. Departamento de Sociología de la Universidad de Califórnia Riverside.
- Honoré, Bernard (2002). A Saúde em Projecto. Loures. Lusociência
- Hospital Nossa do Rosário (s.d). Retirado em 11 de Outubro 2008, <http://www.hbarreiro.min-saude.pt/>.
- Kvale, Steinar (1996). Interviews – An Introduction to Qualitative Research interviewing. Londres. Sage Publications.

- Lemieux, Vincent, Ouimet, Mathieu (2004). *Análise Estrutural das Redes Sociais*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático para Profissionais*. Coimbra. Quarteto.
- Martins, Paula Cristina Marques (2001). O mau trato infantil na comunicação social. *Revista do Centro Cultural do Alto Minho*.
- Martins, Paula Cristina Marques (2005). A qualidade dos Serviços de Protecção às crianças e Jovens – As Respostas Institucionais.
- Nóbrega, Sónia D, Silva, Andreia, Varanda, Jorge (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Cascais. Principia.
- Oliveira, Maria Marly (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. São Paulo. Editora vozes.
- Paiva, Catarina, Christo, Filipa Homem (2002). Auditar procedimentos. *Revista qualidade em saúde – Separata Técnica*.
- Queirós, Ana Albuquerque, Meireles, Maria Amélia, Cunha, Sara Raquel (2007). *Investigar para compreender*. Loures. Lusociência.
- Sale, Diane (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde – Para os Profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa. Principia
- Serrano, Ana Maria (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto. Porto Editora.
- Schiefer, Ulrich; Dobel, Reinald (2001). *MAPA – PROJECT: a practical guide to integrated Project planning and evaluation*. Open Society Institute.
- Silva, Carlos Alberto, Fialho Joaquim (2006). *Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania*. REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales.

- Silva, Carlos Alberto, Arco, Helena Reis, Fialho, Joaquim (2009). As Práticas Clínicas na Formação em Enfermagem- Aspectos Teórico-Metodológicos da Aplicação da Análise de Redes Sociais [parte 1]. REDES- Revista Hispana para el análisis de redes sociales.
- Soares, Natália (2005). Infância e Direitos: Participação das crianças nos contextos de vida. Representações, Práticas e Poderes. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança – Ramo do conhecimento em Sociologia da Infância. Universidade do Minho.
- Soares, Natália, Tomás, Catarina (2004) – O cosmopolitismo infantil: uma causa (sociológica justa) Instituto de estudos da criança – Universidade do Minho.
- Tanaka, Oswaldo; Melo, Cristina (2000). Uma proposta transdisciplinar para a avaliação em saúde.
- Wikipédia (2008). História do Barreiro. Retirado em 10 de Janeiro de 2008, [http://pt.wikipedia.org/wiki/hist%C3%B3ria\\_do\\_Barreiro](http://pt.wikipedia.org/wiki/hist%C3%B3ria_do_Barreiro).

# Anexos