

*Camardo*  
*Blafcho*

14/2/2014

Fernando Leal da Costa  
Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

**Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**  
**e**  
**Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida**  
**no**  
**Contexto dos Cuidados de Saúde Primários.**

Conforme é sabido, através do Despacho 31292/2008, de 5 de Dezembro, que criou a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), tem vindo a ser estabelecida uma Rede de Núcleos de Apoio no Serviço Nacional de Saúde, tanto nos ACES, como nos Hospitais com atendimento pediátrico e nas Unidades Locais de Saúde.

Este novo modelo de resposta para o fenómeno dos maus tratos veio permitir melhorar a capacidade de prevenir e de detetar situações de risco e de perigo naquelas idades, assim como de prestar cuidados, sinalizar para outras entidades, quando necessário, e de prevenir as recorrências. Os relatórios de atividades anuais, divulgados pela Comissão de Acompanhamento da ASCJR, dão testemunho desse facto.

Tal modificação tem vindo a processar-se no contexto da profunda transformação do modelo organizativo e operativo dos serviços, decorrente da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, ainda em curso.

A dinâmica deste processo teve, e continua a ter, implicações assinaláveis na formulação e na consolidação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

Assim, é de notar que a reorganização dos cuidados de saúde primários tem contribuído para que a questão dos maus tratos a crianças e jovens adquira maior ênfase no contexto das atribuições que são cometidas aos serviços e às unidades que compõem os ACES.

Contudo, a estruturação das diferentes unidades funcionais dos ACES tem envolvido movimentação acentuada a nível dos efetivos dos vários grupos profissionais, com a consequente dificuldade de estabilização quanto à composição das equipas interdisciplinares dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

Tem vindo a verificar-se, a nível nacional, conforme relato das Interlocutoras Regionais da ASCJR, múltiplas situações em que, fruto das modificações operadas, algumas equipas, formadas há vários anos e com trabalho meritório bem documentado, acabam por ter a atividade suspensa ou ser, mesmo, anulada.

Nesta matéria, não pode deixar de ser realçada a dificuldade em rentabilizar o investimento feito pelas ARS e pela DGS no que respeita à preparação das equipas interdisciplinares que constituem os Núcleos, consubstanciada nas largas dezenas de ações de formação dos profissionais, levadas a cabo nestes últimos anos, conforme os relatórios de atividade anuais documentam.

Tais limitações referem-se, não só ao número de profissionais que integram cada Núcleo, mas também ao facto de, em diversas regiões do País, haver necessidade de alguns profissionais integrarem/apoiarem, em simultâneo, vários Núcleos, nomeadamente assistentes sociais e psicólogos.

Também os constrangimentos vividos, no que se refere à alocação de mais profissionais, tem comprometido a constituição de Núcleos ainda em falta e, em alguns casos, a manutenção dos pré-existentes.

Ainda no domínio dos obstáculos ao funcionamento dos Núcleos, há que destacar, de uma forma particular, o facto de a restrição ou, mesmo, o impedimento da atividade de muitos profissionais neste contexto serem imputáveis à não atribuição de tempo de exercício nestas estruturas funcionais.

Verifica-se, por vezes, que tal obstáculo é resultante de uma interpretação distante do que se encontra estabelecido quanto aos princípios orientadores da ação dos Núcleos, à constituição e proveniência dos profissionais que os integram e à sua inserção na estrutura do próprio ACES.

Tal facto, mereceu, aliás, em Maio de 2009, a divulgação de um Esclarecimento Conjunto da Direção-Geral da Saúde e da, então, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, entidade que conduzia, no plano técnico, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (**ver anexo**).

No momento atual, urge reafirmar o que então foi acentuado nesse documento.

Tal necessidade resulta, aliás, do facto de estar em curso a organização das atividades no domínio da prevenção da violência e dos maus tratos também nos adultos, o que, em termos de desafio aos serviços, coloca o mesmo tipo de questões.

Assim é, desde que, a 16 de maio de 2013, com a publicação do Despacho n.º 6378/2013, que criou a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV) os princípios que nortearam a criação da ASCJR adquiriram uma nova tradução prática, agora aplicados à intervenção preventiva nas etapas subsequentes da vida.

Nesse novo contexto, foram criadas as Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), emanadas dos Núcleos da ASCJR e que permitem potenciar a resposta ao fenómeno da violência e dos maus tratos, ao expandirem o universo de intervenção das equipas interdisciplinares agora reforçadas, ou constituídas de raiz.

Assim, tendo em conta o Despacho n.º31292/2008 e o Despacho n.º 6378/2013, e reafirmando o conteúdo do Esclarecimento Conjunto DGS/MCSP, de 07/05/2009, quanto aos NACJR e às EPVA, no que respeita aos princípios e modo de funcionamento, à proveniência dos elementos das equipas que os compõem e ao respetivo enquadramento nos ACES, saliento o seguinte:

- Os NACJR - tal como os NHACJR, seus congéneres a nível hospitalar – e as EPVA são estruturas operativas que, por princípio, detêm *autonomia técnica e funcional* que advém da natureza e das características do objeto da sua ação.
- Tal modo de atuação deve concretizar-se, de acordo com o princípio da subsidiariedade e o do dever de colaboração, sempre em estreita cooperação com todas as unidades funcionais do ACES, segundo a necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua própria missão.
- Os profissionais que integram os NACJR e as EPVA podem estar ligados a qualquer das Unidades que constituem o ACES respetivo, prerrogativa que, aliás, tem vindo a ter tradução no funcionamento de muitas destas equipas.

- Os NACJR e as EPVA podem estar sediados na Unidade do ACES que for neste considerada mais conveniente, contribuindo para o desempenho contratualizado da mesma, salvaguardado o princípio da autonomia operacional já mencionado.
- Tendo em consideração as atribuições cometidas às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), tem vindo a optar-se, em numerosos casos, por fazer sediar os NACJR e as EPVA nestas unidades; contudo há que salientar que tal não constitui uma obrigatoriedade, mas apenas uma opção - a tomar, reafirma-se, no respeito pelo princípio supracitado.
- Deste modo, a fim de garantir um trabalho integrado sem comprometer a autonomia dos NACJR e das EPVA, a intervenção no domínio das crianças e jovens em risco e no da violência em adultos deve ser conduzida nas diversas unidades funcionais, nomeadamente nas UCC, de acordo com o seguinte:
  - Os elementos das UCC, bem como os integrantes das outras Unidades Funcionais, efetuam a sinalização aos NACJR de todos os casos detetados de risco ou perigo de maus tratos em crianças e jovens, conforme preconizado no documento da DGS, em vigor desde 2011, que orienta a intervenção nesta matéria – *Maus Tratos a Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*<sup>1</sup>.
  - As diferentes Unidades Funcionais dos ACES; em particular as UCC, prestam apoio aos NACJR e às EPVA, quando solicitado pelos mesmos, na avaliação, definição e/ou execução de planos de intervenção, assim como no acompanhamento em situações de risco identificadas.
- Sob pena de comprometer a continuidade daquilo que já foi possível obter, no decurso dos últimos anos, no que respeita à melhoria da resposta por parte do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno da violência e dos maus tratos, devem ser preservadas as modalidades de funcionamento dos NACJR – e, agora, das EPVA, em início de atividade - que têm vindo a revelar-se efetivas e bem enquadradas na estrutura dos ACES.

---

<sup>1</sup> **Nota:** Procedimento semelhante deve ser seguido no domínio da violência em adultos, a ser organizado de acordo com o referencial técnico e orientador da ação, que, para o efeito, está a ser preparado pelo Grupo de Acompanhamento da ASGVCV.

De molde a que esta área de intervenção adquira maior robustez, clarificação de processos e, enfim, impacte mensurável na ação dos serviços, torna-se necessário que alcance maior protagonismo no processo de contratualização das unidades, nomeadamente no das UCC, mediante definição mais clara da atribuição das carteiras de serviços e dos indicadores a utilizar.

A este propósito, recorda-se o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido entre a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), através do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde, e a Direção-Geral da Saúde, através da Coordenação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), no que respeita à definição de indicadores de monitorização e contratualização no âmbito deste último, o qual dispõe de sistemas de registo de âmbito nacional que permitem uma avaliação de resultados fiável e comparável também na área da avaliação do risco familiar para a violência/maus-tratos.

Afigura-se, por isso, ser indicado que, no que respeita a contratualização com as Unidades dos ACES acerca das áreas de Maus Tratos a Crianças e Jovens e de Violência ao Longo do Ciclo de Vida se opte por uma metodologia de trabalho similar à referida, a fim de serem definidos, a nível nacional, indicadores acerca da matéria em apreço, passíveis de contrato, em particular com as UCC.

A uniformização de indicadores, a nível nacional, permite a validação das intervenções realizadas e aumenta a fiabilidade dos dados estatísticos recolhidos. A criação destes *bilhetes de identidade* dos indicadores nacionais será fundamental para a realização de estudos epidemiológicos, mas também para responder de forma transversal, aos compromissos assumidos pelo MS nos diversos Planos Nacionais, onde existem medidas que implicam a recolha estatística de dados do SNS acerca das diversas formas de violência /desigualdade de género.

Por último, salienta-se que, nas Unidades dos ACES a que pertencem os profissionais que integram os NACJR e as EPVA, é indispensável contemplar horas de trabalho dos mesmos que permitam o exercício das atividades que lhes estão legalmente atribuídas, através dos citados Despachos n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro e n.º 6378/2013, de 16 de Maio.

Lisboa, 12 de Fevereiro de 2014

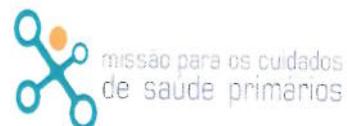
Vasco Prazeres

*Em nome de:*

Comissão de Acompanhamento da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)

Grupo de Acompanhamento da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV)

Interlocutoras Regionais da ASCJR e da ASGVCV



## DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lisboa, 7 de Maio de 2009