



Universidade do Minho - Instituto da Educação
Mestrado em Sociologia da Infância

Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco
Reflexão crítica sobre uma Política Pública de Saúde

Ensaio crítico por Ricardo Garcia

U.C. Políticas Públicas para a Infância
Professora Doutora Emília Vilarinho • Professor Doutor Manuel Jacinto Sarmiento
Julho de 2011



Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco

Reflexão crítica sobre uma Política Pública de Saúde

Resumo: no presente ensaio crítico, redigido no âmbito da frequência da Unidade Curricular Políticas Públicas para a Infância do Mestrado em Sociologia da Infância da Universidade do Minho, procuro desenvolver uma reflexão em torno dos Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco, actualmente em funcionamento nas várias unidades do Serviço Nacional de Saúde. A uma parte descritiva desta Política Pública de Saúde dirigida à infância e juventude, seguem-se alguns parágrafos de reflexão fundamentada em torno de algumas das mais relevantes limitações e modos de actuação específicos destas equipas multidisciplinares.

Os Núcleos Hospitalares de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) e os seus congéneres ao nível das estruturas de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde – CS e Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES¹), designados de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), surgem no panorama das políticas públicas de saúde no âmbito da “*Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*”, de forma a corresponder à “relevância dos maus tratos em crianças e jovens enquanto problema de saúde pública”. Têm a sua origem legislativa no Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro, publicado na 2.ª série do Diário da República, n.º 236.

A fundamentação do diploma salienta uma série de aspectos determinantes para a criação destas equipas multidisciplinares. Desde logo a já referida percepção dos maus tratos como entidade clínica, na asserção que se faz dos mesmos enquanto problemas de saúde pública previstos nas classificações de doenças homologadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Invoca-se também o art.º 69.º da Constituição da República Portuguesa, designadamente as responsabilidades acometidas ao Estado de protecção

¹ Criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.



das crianças², particularmente na sequência da ratificação da Convenção sobre os Direitos das Crianças (CDC) de 1989. Também é invocada a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto), especialmente no que dela decorre para a necessidade de “medidas especiais” para os grupos de risco, entre os quais se incluem crianças e adolescentes. Salienta também a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP - Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

Importa sublinhar aqui um momento posterior (Novembro de 2010) àquele quadro legislativo, em que teve lugar a celebração de um protocolo entre a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG), a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR) e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), o qual vincula as entidades mencionadas à articulação e concertação de estratégias para o combate ao “fenómeno da violência nas suas diferentes formas de expressão”.

A criação dos N(H)ACJR assegura a continuidade de respostas de natureza semelhante às já existentes previamente (em alguns hospitais com atendimento pediátrico funcionavam já os Núcleos de Apoio à Família e Criança – NAFC), alargando tais respostas à totalidade das estruturas de saúde com serviços dirigidos a crianças e jovens, e convertendo-as nas entidades que no âmbito da Saúde têm competências em matéria de Infância e Juventude, sendo colocadas no primeiro nível da pirâmide de intervenção definida na LPCJP. Ficam assim os serviços de saúde legitimados a intervir em situações de risco ou perigo mediante consentimento dos progenitores ou responsáveis legais, não podendo contudo implementar medidas de promoção e protecção, sendo estas da competência exclusiva das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e Tribunais.

Na legislação que cria os N(H)ACJR surge ainda amplamente detalhada a “intervenção dos profissionais de saúde no domínio dos maus tratos em crianças e jovens”, estabelecendo ao longo de várias páginas linhas orientadoras para a intervenção, designadamente: os horários ideais de cooptação dos seus membros para o

² ² Texto da CRP: Artigo 69º (Infância) 1. As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, especialmente contra todas as formas de abandono, de discriminação e de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições. 2. O Estado assegura especial protecção às crianças órfãs, abandonadas ou por qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal. 3. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar.



trabalho neles desenvolvido; recursos humanos e logísticos necessários; a definição conceptual de maus tratos, risco e perigo; definição das situações de risco e de perigo, situações de urgência, abusos emocionais, físicos e sexuais e negligência bem como as respectivas manifestações para melhor identificação daquelas formas de maus tratos; procedimentos de actuação pelos técnicos envolvidos com definição de fluxogramas de intervenção e articulação; princípios orientadores de intervenção, sendo relevante destacar aqui a necessidade da informação à criança ou jovem sobre os motivos do acompanhamento, bem como do seu consentimento para a mesma se com idade igual ou superior a 12 anos. Mais adiante destacam-se as intervenções em situação de urgência, nomeadamente aquelas em que os progenitores ou responsáveis legais não dão consentimento para a intervenção junto de crianças ou jovens que se encontram em situação de perigo. Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde poderão accionar procedimentos de urgência com vista à protecção imediata da criança, devendo desde logo informar os serviços do Ministério Público de tais diligências.

Por último, emergem toda uma série de orientações técnicas necessárias à melhor identificação, diagnóstico, encaminhamento e sinalização dos casos, sendo que estes mesmos conteúdos vêm sendo replicados e actualizados pelos sucessivos guiões técnicos para a intervenção pelos profissionais de saúde. Estes documentos de trabalho, da responsabilidade da DGS, tiveram a sua mais recente versão em Fevereiro de 2011, intitulada *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Este documento constitui-se como um referencial teórico-prático para o trabalho dos membros dos N(H)ACJR, sendo de resto de leitura obrigatória para quem desenvolve actividade profissional naquelas equipas.

Poder-se-á facilmente considerar que a configuração legislativa dos N(H)ACJR enferma de um evidente paradoxo, especialmente se tais entidades, a prática que desenvolvem e a própria legislação que os sustenta forem olhados sob o ângulo da Sociologia da Infância, sobretudo no que desta ciência se afirma como axioma basilar: a percepção das crianças enquanto sujeitos de direitos por contraposição à sua redução a objectos de direitos. Só muito timidamente os direitos de participação estão previstos no articulado da legislação, o que na prática quotidiana ao nível do terreno redundará em índices de participação pouco distantes do nulo. Torna-se claro que as crianças não são



convidadas a participar nos processos decisórios despoletados pelas situações de risco que as próprias vivenciam, sendo por outro lado habitual que sejam ouvidas em múltiplas instâncias e por numerosos profissionais para recolha das anamneses referentes, por exemplo, a episódios de abusos. É inquestionável que tal prática pode bem ser profundamente lesiva do bem-estar e convalescença da criança vítima e constituir-se assim como vitimização secundária. Embora estas equipas multidisciplinares alberguem méritos inquestionáveis, é todavia indispensável salientar que a máquina criada em torno da protecção das crianças é frequentemente mais vitimizante do que protectora, mais depreciativa do que promotora.

Destaca-se da legislação referida um enfoque muito mais amplo nos direitos de protecção, o que não sendo negativo, decorre de um conjunto de expectativas face às crianças enquanto indivíduos frágeis, menores e desprotegidos; tais visões surgem intimamente ligadas ao binómio adulto/criança, indivíduos respectivamente acabado e em devir. Por inerência, prevalece a ideia das crianças enquanto projectos, adultos em potência que urge proteger das mais insidiosas formas de privação de uma infância salutar. Um exemplo deste posicionamento (que, se atentarmos à reprodução social, perde de vista o extenso alcance de um fenómeno social grave) ressalta da tipificação da *exposição a situação de violência doméstica* como factor de risco e, simultaneamente, indicador patognomónico de abusos emocionais e psicológicos. Não obstante o carácter inquestionável desta categorização, Överlien e Hydén (2009: 480) defendem que o termo “exposição”, largamente utilizado, nega a posição subjectiva da criança na interiorização e posterior reprodução de comportamentos integrados no processo de socialização, para além de outras problemáticas que vêm a evidenciar-se mais tarde. Propõem assim a locução “experienciar violência doméstica” que não só reforça o carácter subjectivo do fenómeno naquilo que dele decorre enquanto experiência íntima das crianças, como esclarece que estas não se limitam a observar passivamente as agressões entre os progenitores, mas a absorver essas acções “com todos os seus sentidos”; de resto, outros autores (Eriksson e Näsman, 2008: 260) salientam também o carácter *traumático* destas experiências.

Também digna de nota é a percepção dos fenómenos de abusos, negligência e maus tratos enquanto *doenças*, pois encontrando-se contempladas na Classificação



Internacional das Doenças, versão 10 (CID10: T74 – “Síndromes de maus tratos”) pressupõe-se tratarem-se de patologias passíveis de tratamento clínico. Na legislação e praxis dos N(H)ACJR não se perspectiva, em momento algum, a possibilidade de criar mecanismos para que as crianças inseridas em contextos de abusos, violência doméstica ou negligência, possam ser dotadas de ferramentas de advocacia social dos seus próprios direitos. De acordo com Grover (2005: 528) “as crianças que enfrentam adversidades como abusos, abandono e perdas enormes, são consideradas vítimas”. Apesar desta constatação, para a autora deverão também ser olhadas como “agentes potenciais que, dadas as circunstâncias correctas, compreensão e suporte, podem também auto-defender-se³.” A autora vincula ainda a advocacia social à promoção da *resiliência*, capacidade de indubitável importância para as crianças cujo percurso de vida se depare ensombrado pelas mais graves formas de violência ou desleixo.

Outro aspecto digno de nota destaca-se do alinhavado compartimentado de “factores de risco” e “factores de protecção”. Nestes radica a possibilidade de uma *interpretação linear* (Stevens e Hassett, 2007: 132) da probabilidade de ocorrência de fenómenos de abusos ou negligência, tornando fortemente apelativas explicações simplistas de causa-efeito, de resto materializadas na tendência crescente de introduzir na prática profissional instrumentos de trabalho do tipo *checklist* ou questionários de resposta fechada. De acordo com os autores “este tipo de explicações é a mais simples tanto ao nível político como prático e mais fácil para as instituições lidarem”. Incorre-se assim na propensão para reduzir as análises em torno dos casos de risco a escalas em que se colocam vistos em categorias pré-determinadas, cujo somatório final permite estabelecer um diagnóstico aparentemente preciso. Este tipo de abordagem releva para fora do âmbito da compreensão do caso toda a complexidade situacional prévia e presente que tenham redundado nos factores de risco identificados ou na sua agudização. E embora sejam feitas ressalvas que orientam a actuação das equipas no sentido da prevalência do bom senso, persiste um risco forte de actuações baseadas naquelas lógicas lineares.

³ Expressão original “*self-advocate*” que remete para a “advocacia social” enquanto prática estruturada de defesa de direitos subjectivos de indivíduos, grupos ou comunidades vulneráveis por intermédio de estratégias de emancipação.



A partir de uma análise qualitativa dos relatos de profissionais que exercem actividade em contextos de protecção, designadamente assistentes sociais, Holland (2001) refere como principais óbices a uma intervenção proveitosa, a relegação das crianças para planos laterais das intervenções desenvolvidas, bem como a assunção das crianças através de lentes desenvolvimentais. Quanto ao primeiro aspecto, destaca-se a dificuldade mostrada pelos profissionais em atribuírem relevância às posições manifestadas pelas crianças, acabando tendencialmente por desvalorizar tais posições; quanto ao segundo aspecto, a autora destaca a “dominação da linguagem desenvolvimentalista nos campos da Psicologia, Serviço Social e outras profissões relacionadas” e a descrição das crianças pelos profissionais mediante os cânones daquela linguagem. Foca também a importância dada à avaliação estandardizada pelos profissionais das manifestações de vinculação, sendo certo que uma aparentemente boa vinculação não significa necessariamente uma boa relação. A autora refere ainda, de forma provocatória, o carácter eminentemente retórico das expressões que advogam a defesa do superior interesse da criança, já que no quotidiano das práticas de protecção estes valores tendem a não passar de frases bem intencionadas com pouca expressão nas estratégias desenvolvidas.

Exemplos paradigmáticos de uma realidade alternativa, são os *Child Advocacy Centers* (CAC)⁴, estruturas de intervenção que, na minha opinião, suplantam largamente as qualidades do sistema de protecção português, pois concentram numa mesma entidade a intervenção nestes casos, e racionalizam-na por oposição à prática corrente em Portugal. As práticas de protecção das crianças encontram-se fragmentadas numa série de serviços dispersos que as crianças têm muitas vezes que percorrer: Centros de Saúde, NACJR, urgências hospitalares, NHACJR, internamentos de Pediatria, delegações do Instituto de Medicina Legal (IML), CPCJ, serviços do Ministério Público, Polícia Judiciária, Tribunais, etc.). Os CAC, existentes em alguns estados dos Estados Unidos da América, têm como metodologia central de intervenção a prática das designadas *one-stop interview*, em que crianças vítimas de abusos dos vários tipos são ouvidas apenas uma vez, e não mais do que uma, relativamente ao episódio abusivo de que foram vítimas. As entrevistas são conduzidas por entrevistadores forenses com

⁴ A respeito dos CAC ver referência bibliográfica (Snell, 2003) disponível em <http://reason.org/>



formação e treino específico para esta tarefa em particular, numa sessão única conduzida num espaço apropriado, habitualmente uma sala dotada de espelho unidireccional para lá do qual se encontram os representantes dos vários níveis de intervenção, desde os representantes do Ministério Público, aos advogados de defesa, entre outros profissionais envolvidos no processo em curso.

Parece claro que a intervenção fragmentada em múltiplas instâncias de protecção é apenas um dos entraves à imposição de um paradigma de qualidade. O posicionamento das crianças no lugar de vítimas ignora a necessidade de as conceber também como actores centrais e sujeitos por direito da transposição das fragilidades identificadas. Os N(H)ACJR, apesar de constituírem um salto qualitativo na promoção do bem-estar e defesa dos direitos das crianças, enfermam de algumas patologias. Desde logo, o facto de integrarem um agregado de “coutadas” cuja articulação e comunicação são meramente residuais.

Referências:

- Despacho n.º 31292/2008. Diário da República, 2.ª série — N.º 236 — 5 de Dezembro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida. *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático De Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa.
- Eriksson, M., Näsman, E. (2008) *Participation In Family Law Proceedings For Children Whose Father Is Violent To Their Mother*. *Childhood*, 2008, 15(2), pp. 259–275.
- Grover, S. (2005). *Advocacy by Children as a Causal Factor in Promoting Resilience*. *Childhood*, 2005, 12, pp. 527-538.
- Holland, S. (2001). *Representing Children in Child Protection Assessments*. *Childhood*, 8, pp. 322-339.
- Överlien, C., Hydén, M. (2009). *Children's Actions when Experiencing Domestic Violence*. *Childhood*, 2009, 16, pp. 479-496.
- Snell, L. (2003). *Child Advocacy Centers: One Stop On The Road To Performance-Based Child Protection*. Reason Foundation. Los Angeles.
- Stevens, I., Hassett, P. (2007). *Applying Complexity Theory to Risk in Child Protection Practice*. *Childhood*, 2007, 14, pp. 128-144.