



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA
TESIS DOCTORAL

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO Y
DÉFICIT DE ATENCIÓN:
UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NIÑOS
INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS**

Doctoranda: Eugénia Maria Rainha Pereira

Badajoz, Noviembre de 2014



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA
TESIS DOCTORAL

**TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO Y
DÉFICIT DE ATENCIÓN:
UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NIÑOS
INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS**

Trabajo de investigación presentado por
Dña. Eugénia Maria Rainha Pereira
dirigido por el Doctor Florêncio Vicente Castro
Catedrático de Psicología Evolutiva y de la
Educación de la Universidad de Extremadura
Visto Bueno para su defensa.

El Director del trabajo
Fdo. Florencio Vicente Castro

Badajoz, Noviembre de 2014



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Departamento de Psicología y Antropología

BADAJOS

FLORENCIO VICENTE CASTRO,

Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado

“ Trastornos del Comportamiento Disruptivo y Déficit de Atención:

Un Estudio Comparativo de los Niños Institucionalizados y No Institucionalizados”

constituye el trabajo de investigación, original e inédito que presenta

Eugénia Maria Rainha Pereira

para optar a la consecución del Grado de Doctor

Para que conste

Badajoz, Noviembre de 2014

DEDICATÓRIA

A Todos vocês “Príncipes” sonhadores, para que continuem a sonhar e façam esses sonhos alcançarem a luz...

AGRADECIMENTOS

O projeto que decidi abraçar e a concretização deste trabalho só foi possível dada a incomensurável cooperação e estímulo de um grande número de pessoas que mostraram a sua disponibilidade para nos apoiar neste percurso pautado por dúvidas, hesitações, mas também repleto de desafios e reflexões enriquecedoras a nível pessoal e profissional. A todos o nosso profundo e sincero agradecimento.

Agradeço à Universidade da Extremadura e ao Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra, que através do seu protocolo de colaboração, criaram as condições necessárias que me possibilitaram frequentar o Doutoramento em Psicologia.

Ao meu orientador do Doutoramento, Sr. Professor Doutor Florêncio Vicente de Castro, um agradecimento especial pela partilha do seu saber, estímulo, apoio, observações e sugestões nas várias fases do estudo.

À Sr^a Professora Doutora Sara Borges por toda a colaboração ao longo deste percurso.

À Sr^a Professora Doutora Providência Marinheiro, pelo apoio e incentivo para a concretização de mais esta etapa.

Ao Sr. Professor Doutor Luís Loureiro pela disponibilidade e ajuda no tratamento estatístico dos dados.

Aos Diretores e Profissionais que integram as Equipas Técnicas dos Centros de Acolhimento Temporário e Lares de Infância: Solar do Mimo; Fundação D^a Laura Santos; Fundação José Carlos Godinho Ferreira de Almeida; Instituto de São Miguel da Guarda e de Manteigas; Aldeias de Crianças SOS da Guarda, Gulpilhares e Bicesse; Casa da Sagrada Família da Guarda; Confraria de Santo António de Viseu; Internato Viseense de Santa Teresinha, um agradecimento profundo pela preciosa colaboração imprescindível para a concretização da investigação.

À Direção do Agrupamento de Escolas Guilherme Correia de Carvalho, de Seia, pela concessão da autorização para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

A todos os participantes que de forma anónima integraram e colaboraram nesta investigação.

Aos meus Amigos que têm um lugar muito especial na minha vida e dela fazem parte.

À minha família.

LISTA DE SIGLAS

ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment

APA - Associação de Psiquiatria Americana

CASA - Caracterização Anual da Situação de Acolhimento

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CBCL - Child Behavior Checklist

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CNPCJR – Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ICD/CID - Classificação Internacional das Doenças

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

ISPCAN - International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect

ISS – Instituto da Segurança Social

LIJ – Lar de Infância e Juventude

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovem em Risco

ONU / WHO – Organização das Nações Unidas

PDCDA - perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção

PDS – Plano de Diagnóstico Social

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	15
ABSTRACT	16
RESUMEN	17
RESUMEN EXTENDIDO DE TESIS DOCTORAL	19
INTRODUÇÃO.....	47
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	53
1 MAUS-TRATOS INFANTIS	55
1.1 INFÂNCIA E MAUS-TRATOS: UM OLHAR SOBRE A SUA EVOLUÇÃO.....	55
1.2 DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS	60
1.3 TIPOS DE MAUS-TRATOS	62
1.4 FATORES DE RISCO	64
1.5 CONSEQUÊNCIAS	67
1.6 PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS.....	68
1.7 NÍVEIS DE INTERVENÇÃO	71
1.8 O PAPEL DA SAÚDE NA PROTEÇÃO À INFÂNCIA	79
1.9 MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO	82
1.9.1 Acolhimento em Instituição	84
2 PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO	91
2.1 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO	91
2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO	95
2.3 PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS	98
3 (RE) CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE VIDA DE CADA CRIANÇA E JOVEM.....	101

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	107
4 METODOLOGIA	109
4.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO	109
4.2 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	110
4.3 HIPOTHESES	112
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	113
4.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	114
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS NA RECOLHA DE DADOS.	120
4.7 TRATAMENTO DOS DADOS	121
4.8 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA	122
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	125
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS CRIANÇAS	125
5.2 CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS	129
5.3 ANÁLISE DAS HIPOTHESES FORMULADAS	131
5.4 INTERVENÇÃO DA SAÚDE NO PROJETO DE VIDA DA CRIANÇA E JOVEM EM ACOLHIMENTO	148
5.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	150
CONCLUSÃO.....	173
Limitações da investigação realizada e recomendações para futuros trabalhos ..	176
BIBLIOGRAFIA.....	179

ANEXOS

Anexo I - Lei 147/99 – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário aplicado nas Instituições (Crianças institucionalizadas)

Apêndice II - Questionário aplicado ao grupo das Crianças não institucionalizadas

Apêndice III - Pedido de autorização às Instituições

Apêndice IV - Pedido de autorização e resposta da DGE (Escolas)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Níveis de intervenção	72
Figura 2 – Intervenção nos Centros de Saúde	75
Figura 3 – Intervenção nos Hospitais – Serviço de Urgência	76
Figura 4 – Intervenção nos Hospitais – Consulta e Unidades de Internamento	77
Figura 5 – Intervenção das CPCJ e dos Tribunais	78
Figura 6 - Modelo Analítico Geral do Estudo	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da aplicação dos Testes de Normalidade.....	121
Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o sexo, idade e escolaridade	123
Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o tempo de institucionalização	126
Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a Entidade que aplicou a medida	126
Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de mau trato	127
Tabela 6 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o contexto familiar	128
Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o nº de crianças que mantêm contacto com familiar direto (pais)	128
Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a periodicidade do contacto com os pais	129
Tabela 9 – Médias e desvios-padrão das dimensões do CBCL por grupo	130
Tabela 10 – Médias e desvios-padrão das dimensões do CBCL na amostra total	130
Tabela 11 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o género e as dimensões do CBCL	131
Tabela 12 – Matriz da <i>Correlação de Spearman</i> entre os dois grupos da amostra e as dimensões do CBCL	133
Tabela 13 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre os grupos que constituem a amostra e as dimensões do CBCL	134
Tabela 14 – Matriz da <i>Correlação de Spearman</i> entre o tempo de institucionalização e as dimensões do CBCL	135

Tabela 15 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>físico</i> ” e as dimensões do CBCL	137
Tabela 16 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>psicológico</i> ” e as dimensões do CBCL	137
Tabela 17 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>negligência</i> ” e as dimensões do CBCL	138
Tabela 18 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>exposição a modelos parentais desviantes</i> ” e as dimensões do CBCL	139
Tabela 19 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>abuso sexual</i> ” e as dimensões do CBCL	140
Tabela 20 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>abandono</i> ” e as dimensões do CBCL	140
Tabela 21 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ <i>ausência temporária de familiar</i> ” e as dimensões do CBCL	141
Tabela 22 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>alcoolismo</i> ” e as dimensões do CBCL	142
Tabela 23 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>carência socioeconómica</i> ” e as dimensões do CBCL	143
Tabela 24 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>violência doméstica</i> ” e as dimensões do CBCL	144
Tabela 25 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>detenção</i> ” e as dimensões do CBCL	145
Tabela 26 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>doença psiquiátrica</i> ” e as dimensões do CBCL	145
Tabela 27 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>prostituição</i> ” e as dimensões do CBCL	146
Tabela 28 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “ <i>rutura familiar</i> ” e as dimensões do CBCL	147
Tabela 29 – Matriz da <i>Correlação de Spearman</i> entre contacto periódico com familiares e as dimensões do CBCL	148

RESUMO

Atualmente há uma preocupação crescente com a criança vítima de maus-tratos, com relevância especial para os Cuidados de Saúde. A aplicação da medida de proteção “*Acolhimento em Instituição*”, também é um problema atual abordado aos vários níveis de intervenção, envolvendo profissionais de diferentes áreas, para a resolução e/ou minimização dos seus efeitos sobre o desenvolvimento global dos envolvidos, nomeadamente, no que concerne às perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA).

Pretende-se com este estudo, relacionar as PDCDA com a idade e o sexo das crianças em estudo, determinar e comparar a prevalência das PDCDA nas crianças institucionalizadas com crianças integradas na sua família, relacionar a prevalência das PDCDA com os maus-tratos de que foram vítimas, o contexto familiar, o contacto familiar e o tempo de institucionalização.

Assim, desenvolvemos um estudo de análise quantitativa, não experimental, transversal e correlacional, numa amostra constituída por 200 crianças com idades compreendidas entre os 6 e 12 anos, subdividida em 2 grupos; um grupo de 100 crianças institucionalizadas, provenientes de 11 instituições (maioritariamente do distrito da Guarda e Viseu) e um grupo de 100 crianças não institucionalizadas que frequentam o 1º e 2º ciclo do Agrupamento de Escolas Guilherme Correia de Carvalho em Seia (Distrito da Guarda). Os instrumentos utilizados foram um Questionário Sociodemográfico, o *CBCL 6-18* e questões abertas dirigidas às equipas Técnicas das Instituições. O tratamento estatístico foi realizado com o recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21 para o Windows.

Dos participantes, 52% são do sexo masculino e 48% do sexo feminino; relativamente à prevalência das PDCDA constatou-se que é mais elevada em todas as dimensões do *CBCL*, nas crianças institucionalizadas, com resultados que são estatisticamente muito significativos ($p \leq 0,01$), à exceção da dimensão “*queixas somáticas*”. Também foi comprovada estatisticamente a associação entre alguns tipos de maus-tratos e o contexto familiar desestruturante com a prevalência de PDCDA.

Os resultados evidenciaram ainda, que a intervenção dos profissionais de saúde nas instituições de acolhimento é deficitária, existindo muito a melhorar pois é reconhecida a importância do papel da saúde no acompanhamento contínuo destas crianças, não só a nível da prevenção, deteção, acompanhamento das famílias, mas também durante o período frágil de afastamento da família, nomeadamente na (re)construção dos seus projetos de vida.

ABSTRACT

Nowadays there is a growing concern with the child victim of abuse, with special relevance to the health care. The application of protective measure in "Host Institution", is also a current problem addressed at various levels of intervention, involving professionals from different fields to solve and/or minimizing its effects on the overall development of those involved, particularly in relation to the disruptive behavior disorders and attention deficit.

The aim of this study is to relate the disruptive behavior disorders and attention deficit with the age and sex of the children in the study, determine and compare the prevalence of the disruptive behavior disorders and attention deficit in institutionalized children with children integrated in their family, to relate the prevalence of the disruptive behavior disorders and attention deficit with the mistreatment they suffered, family context, family contact and the length of institutionalization.

Thus, we developed a study of quantitative analysis, non-experimental, transverse and correlational with a sample of 200 children aged between 6 and 12 years, subdivided into two groups; a group of 100 institutionalized children from 11 institutions (mainly in the district of Guarda and Viseu) and a group of 100 non-institutionalized children who attend elementary and middle school of the Guilherme Correia de Carvalho School in Seia (district of Guarda).

The instruments used were a sociodemographic questionnaire, the CBCL 6-18 and open questions to the technical teams of the institutions. The statistical analysis was performed with the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21 for Windows.

Of the participants, 52% are male and 48% are female; regarding the prevalence of the disruptive behavior disorders and attention deficit was found that is higher in all dimensions of the CBCL, in institutionalized children, with results that are statistically highly significant except for the dimension "somatic complaints". It was also statistically confirmed the association between some types of abuse and the disconstructive family context with the prevalence of the disruptive behavior disorders and attention deficit.

The results also showed that the intervention of health professionals in the host institutions is deficient; existing much to improve for it is reconized the importance of the health role in ongoing monitoring of these children not only in the prevention, detection, monitoring of families but also during the fragile period away from home, especially in the (re)construction of their life projects.

RESUMEN

Actualmente hay una preocupación creciente con el niño víctima de malos tratos, con relevancia especial para los Cuidados de Salud. La aplicación de la medida de protección acogimiento en instituciones, también es un problema actual abordado a varios niveles de intervención, envolviendo profesionales de diferentes áreas, para la resolución y/o minimización de sus efectos sobre el desenvolvimiento global de los envueltos, en lo que concierne a las perturbaciones disruptivas del comportamiento y del déficit de atención (PDCDA).

Con este estudio se pretende, relacionar las PDCDA con la edad y el sexo de los niños en estudio, determinar y comparar la prevalencia de las PDCDA en los niños institucionalizadas con niños integrados en su familia, relacionar la prevalencia de las PDCDA con los malos tratos del que han sido víctimas, el contexto familiar, el contacto familiar y el tiempo de institucionalización.

Así, desenvolvemos un estudio de análisis cuantitativa, no experimental, transversal y correlacional, en una muestra constituida por 200 niños con edades comprendidas entre los 6 y 12 años, subdividida en 2 grupos; un grupo de 100 niños institucionalizados, provenientes de 11 instituciones (mayoritariamente del distrito da Guarda e Viseu) e un grupo de 100 niños no institucionalizados que frecuentan el 1º e 2º ciclo do *Agrupamento de Escolas Guilherme Correia de Carvalho en Seia* (Distrito da Guarda). Los instrumentos utilizados han sido un Cuestionario Sociodemográfico, el *CBCL 6-18* y cuestiones abiertas dirigidas a los equipos Técnicos de las Instituciones. El tratamiento estadístico ha sido realizado con o recurso al programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21 para el Windows.

De los participantes, 52% son del sexo masculino y 48% del sexo femenino; relativamente a la prevalencia de las PDCDA se ha constatado que es más elevada en todas las dimensiones del *CBCL*, en los niños institucionalizados, con resultados que son estadísticamente muy significativos ($p \leq 0,01$), a excepción de la dimensión *quejas somáticas*. También ha sido comprobada estadísticamente la asociación entre algunos tipos de malos tratos y el contexto familiar desestructurante con la prevalencia de PDCDA.

Los resultados evidencian todavía, que la intervención de los profesionales de la salud en las instituciones de acogida es deficitaria, existiendo mucho a mejorar pues es reconocida la importancia del papel de la salud en el acompañamiento continuo de estos niños, no solo a nivel de la prevención, detección, acompañamiento de las familias, pero también durante el período frágil de alejamiento de la familia, específicamente en la (re)construcción de sus proyectos de vida.

RESUMEN EXTENDIDO DE TESIS DOCTORAL

Los malos tratos a niños y jóvenes constituyen un fenómeno complejo en la sociedad contemporánea, una vez que, se trata de un problema à escala mundial, cuya expresión tiene contornos diversos, adquiriendo una forma más o menos visible y siendo mejor o peor tolerada de acuerdo con las coyunturas y los contextos culturales en que ocurren (Direção Geral da Saúde, 2007).

En las últimas décadas, se ha venido verificando una valorización creciente del estatuto social de los individuos (niños y jóvenes), lo que se refleja en cierta medida, en una mayor atención prestada al problema, en la exclusión social del mismo y en el establecimiento de medidas tendientes a contraríalo. Este fenómeno ha colocado nuevas responsabilidades y desafíos a los servicios en el sentido de preservar la seguridad, promover un desenvolvimiento adecuado e obtener más ganancias en salud de los individuos en esta etapa etaria. En la prosecución de este proceso, empezaron a surgir experiencias pioneras con vista a una mejor adaptación de las respuestas à las situaciones detectadas, envolviendo algunos profesionales y servicios de salud (WHO, 2006, DGS 2007, UNICEF, 2014).

Aunque la evolución, el informe de la ONU citado por la “*Ordem dos Enfermeiros*” (2007) sobre violencia en los niños, revela números asustadores y que nos deben hacer pensar: cerca de 53 000 niños entre los 0 y los 17 años de edad han sido víctimas de homicidio; 5.7 millones de niños realizaban trabajos forzados o en régimen de servidumbre; 1.8 millones estaban envueltos en prostitución y pornografía; 1.4 millones viven víctimas del VIH/Sida, cerca de 250 000 son utilizadas por fuerzas armadas gubernamentales o por grupos de oposición armada; 1.2 millones ha sido víctimas de tráfico en el año 2000 y un tercio de los nacimientos en el mundo no tiene registro civil. El relato más reciente “*Hidden In Plain Sight*” (*Escondido à la Vista de Todos*) - *Un análisis estadístico sobre la violencia contra niños de la UNICEF* (2014), revela que sólo en el 2012, casi 95 000 niños y adolescentes con menos de 20 años ha sido víctimas de homicidio, lo que lo hace la primera causa de lesiones y muerte evitables de niños. Larga mayoría de las víctimas (85 000) vivía en países de baja e media renta. De los 0 a los 9 años de edad, 85 por ciento de las muertes resultan de enfermedades

transmisibles y no transmisibles, con poca diferenciación entre sexos. A pesar de todo, a medida que los niños entran en su segunda década de vida, la parcela de muertes debida a lesiones intencionales, incluyendo homicidio, se hace mayor, particularmente en los chicos.

La protección de los niños contra todas las formas de violencia es un derecho fundamental garantizado por la Convención sobre los Derechos del Niño y otros tratados internacionales y normas de derechos humanos. No obstante, la violencia continua a siendo una componente demasiado presente en la vida de los niños en todo el mundo (independientemente de su condición económica y social, de su cultura, religión o etnia) con consecuencias inmediatas y a largo plazo. Los niños víctimas de malos tratos son frecuentemente afectados en términos de desenvolvimiento, tienen dificultades de aprendizaje e un desempeño escolar débil. Pueden aun presentar una baja auto estima, sufrir de depresión y otras perturbaciones del comportamiento, lo que, en los casos más graves, puede llevar, a comportamientos de riesgo y auto-agresión. Al testiguar violencia puede causar perturbaciones y angustia semejantes. Niños que crecen en un ambiente familiar o comunidad violentas tienen tendencia para interiorizar ese comportamiento como una forma de resolver disputas, y repetir el patrón de violencia y abuso contra sus conjugues e hijos. Además de las consecuencias avasalladoras a nivel individual y de las familias, la violencia contra niños tiene costos económicos e sociales elevados en términos de pérdida de potencial e productividad. Es también importante referir, que la mayoría de la violencia contra niños es provocada por las personas que tienen la responsabilidad de cuidar de ellas, o con quien interactúan diariamente (cuidadores, pareja e compañeros íntimos). La violencia contra los niños está generalizada, pero no es inevitable. Darle finales de la responsabilidad de todos (UNICEF, 2014).

Lo dispuesto en la Ley nº 147/99 de 1 de Septiembre – Ley de protección de niños y jóvenes en peligro, constituye un importante pilar en Portugal, teniendo contribuido para el avance en la prevención, diagnóstico y intervención más eficaz ante situaciones de riesgo.

Los niños y jóvenes desprovistos de medio familiar merecen lo mismo que cualquier otro niño. Víctimas de errores, actos y omisiones de los adultos por ellos responsables, desde los padres a los restantes elementos de la familia y así mismo de la sociedad, tienen recorridos de vida difíciles, traumáticos y negativos. En este contexto, se impone

una resolución que ponga término inmediato al peligro de malos tratos a la que el niño está expuesto, o que pasa muchas veces por el recurso a medidas de Acogida Familiar, Adopción o por la Institucionalización de mayor o menor duración.

En Portugal, la institucionalización de niños y jóvenes en peligro, aunque considerada la última medida a aplicar en términos de protección infantil, es la que alcanza mayor expresión, en particular la acogida institucional prolongada de niños en peligro (Martins, 2005; Carvalho e Manita, 2010).

Un análisis de 2006 a 2013 apunta para una disminución del 31%. En 2006 estaban en instituciones de acogida 12.245 niños y jóvenes, en 2007 el número bajo para los 11.362, en 2008, para 9.556, en 2009, para 9.563, en 2010, para 9.136, en 2011, para 8.938, en 2012, para 8.557 y en 2013, para 8.445 (de las cuales 154 del Distrito da Guarda y 210 del Distrito de Viseu), no obstante, en Portugal, el recurso a medidas de colocación institucional todavía se traduce, para muchos niños, como la solución más adecuada, aunque deseablemente transitoria (CNIS, 2014).

De acuerdo con el relatório CASA 2013, las instituciones de acogida, específicamente los Lares de Infancia y Juventud (LIJ) y Centros de Alojamiento Temporal (CAT) son las respuestas que mas representan la prevalencia de una cultura de institucionalización, acogiendo 7.530 (89%) de los 8.445 niños y jóvenes, en situación de acogida. La colocación en familias de acogida, en Portugal, asume todavía una representación reducida (apenas cerca de 374 niños y jóvenes) aunque, sea considerada la más adecuada para los niños hasta los tres años (*Ídem*).

Los problemas de comportamiento del niño pueden ser un factor precipitante para su acogida, pero también se constituyen como una consecuencia inherente a este proceso. Los niños acogidos, con un historial de maltrato, tienen mayor probabilidad de desenvolver problemas de comportamiento y, por ese motivo, presentan mayor dificultad de reinserción en sus familias (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), lo que conduce a una acogida institucional prolongada cara a la morosidad de las respuestas de intervención.

Según el DSM-IV, los problemas de comportamiento se incluyen en una categoría que se denomina por perturbaciones disruptivas del comportamiento y de déficit de atención que, por su vez, se subdivide en tres categorías: la perturbación del comportamiento, la

perturbación de oposición (que corresponden a las perturbaciones comportamentales, clasificadas en ICD-10) y la perturbación de hiperactividad con déficit de atención (que corresponde a las perturbaciones hipercinéticas, clasificadas en la ICD-10). Las Perturbaciones del Comportamiento y la Perturbación de Hiperactividad con Déficit de Atención (PHDA) constituyen las formas más comunes de psicopatología en la infancia y en la adolescencia. Estas perturbaciones acarrear elevados costos individuales y sociales, en términos humanos y económicos, pudiendo ser precursoras de perturbaciones muy incapacitantes en la edad adulta. Su tratamiento es dificultado por la complejidad de los factores implicados en su etiopatogenia, por su elevado grado de disfuncionalidad de las familias afectadas y por la escasez de recursos comunitarios para implementar estrategias de intervención eficaces (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997).

De acuerdo con la literatura consultada, los niños en riesgo/peligro tienen mayor probabilidad de presentar perturbaciones del comportamiento, consecuencia de las situaciones a que sean expuestas. Por otro lado, es visible la dificultad que los técnicos presentan al trabajar con estos niños y familias.

Así, consideramos pertinente la realización de este estudio con la finalidad de caracterizar el universo de niños en acogida institucional, con edades entre los 6 y los 12 años, preferencialmente del Distrito da Guarda, analizar los trastornos disruptivos del comportamiento y de déficit de atención, y comparar con niños no institucionalizados, bien como, analizar el papel de la salud en la intervención con niños víctimas de malos tratos. Pretende también contribuir para una reflexión sobre formas de intervención con estos niños y respectivas familias previniendo, así, acogidas disruptivas.

La etapa etaria elegida ha tenido en consideración el hecho de que las perturbaciones de comportamiento y de déficit de atención emergentes en la infancia, sin intervención adecuada, tienden a persistir en la edad adulta, pudiendo evolucionar a perturbaciones severas de la personalidad. Las perturbaciones de comportamiento tienden a ser mas graves cuanto más prematura sea su manifestación (Herbert & Wookey, 2004; Keil & Price, 2006).

Según Canha (2003), el diagnóstico precoz del maltrato y su adecuada orientación son fundamentales para evitar toda una cascada de acontecimientos más o menos previsibles y altamente dañinos en el recorrido de la vida de un niño maltratado. En este contexto, es actualmente sumado la responsabilidad de todos los técnicos que trabajan con niños, específicamente, Médicos, Enfermeros, Educadores, Profesores, Técnicos Superiores del Servicio Social, Psicólogos u otros. Ignorar un caso de malos tratos es colocar en causa la vida y el futuro de un niño y perder la oportunidad preciosa de intervenir en las circunstancias que perpetúan el peligro.

Uno de los efectos dañinos y que se perpetúa en el tiempo y el recorrido de la vida es el daño de la salud mental, concretamente manifestada por un conjunto de problemas de comportamiento. La salud mental de los adolescentes puede ser influenciada por las dificultades en mantener relaciones sociales con sus congéneres, ausencia del sentimiento de unión, por el rechazo de los colegas, exposición a violencia de la familia o por una ruptura en las relaciones sociales. Las perturbaciones mentales en niños y jóvenes incluyen ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, perturbaciones alimentares, perturbaciones de hiperactividad con *déficit* de atención (PHDA), perturbaciones psicóticas y perturbaciones del espectro del autismo. Estas perturbaciones pueden comprometer el aprovechamiento escolar, conducir a situaciones de conflicto y violencia familiar y, más tarde, abuso de sustancias y incluso al suicidio (Matos, *et al*, 2013).

Según varios autores (Overbeek, Schipper, Lamers-Winkelmann & Schuengel, 2012), niños que atestiguan violencia familiar se enfrentan con el riesgo de desarrollar problemas psicosociales, cognitivos e comportamentales. También de acuerdo con Sideli, Mule, Barbera & Murray (2012) y Mennen, Matthew & Penelope (2010), los niños víctimas de malos tratos presentan una mayor tendencia en desarrollar problemas psiquiátricos, como depresión, estrés post-traumático y suicidio.

En este contexto, la familia es considerada esencial para el desenvolvimiento de los niños. Niños que crecen en una familia disfuncional, víctimas de malos tratos, corren el riesgo de presentar déficit a nivel social y emocional. Suma a estas consecuencias nefastas la necesidad última de recurrir a la institucionalización y que implica el corte de las relaciones familiares, sociales y emocionales.

Legalmente legítimo y socialmente necesario, la acogida institucional, suma y multiplica el carácter paradójico de las vivencias de estos niños cara a su complejidad del punto de vista psicológico, y en particular, relacional. En este ámbito, deben ser coaccionadas las relaciones de los niños y jóvenes acogidos con los adultos de la institución, sus familiares propios, los otros niños y jóvenes también en régimen de acogida y el medio envolvente de la instituciones el que participan (Martins, 2005).

Con el objetivo de prevenir o minimizar las discontinuidades en la construcción de un Proyecto de Vida consistente, es actualmente consensual asumir la transitoriedad de las acogidas (sean estas institucionales o familiares, de emergencia, temporales o prolongadas), como criterio de calidad del mismo, en la perspectiva de la exigencia de la dinamización de la construcción del Proyecto de Vida más adecuado, asentado en un Plan de Intervención Individual para cada niño y su familia (ISS, 2009).

En Portugal, la Ley de Protección de los Niños y Jóvenes en Peligro proporciona Acogimiento Institucional Especializado. Sin embargo, la mayoría de los Centros de Alojamiento Temporal (CAT) y Viviendas de niños y jóvenes tienen dificultades para responder adecuadamente a las necesidades emocionales de los niños, explícitamente os problemas de conducta, que no siempre presentan estructura y recursos técnico profesionales para programare implementar intervenciones en estas áreas. En este contexto, y dando atención a estudios previos, que apoyan esta investigación, este estudio será una importante contribución a la reflexión y la comprensión de este problema, así como identificar estrategias para el seguimiento más adecuado y eficaz de los niños víctimas de malos tratos y que están siendo institucionalizados. Por lo tanto, teniendo en cuenta el objetivo general de esta investigación es caracterizar el fenómeno de los Trastornos del comportamiento disruptivo y déficit de atención en niños internados en instituciones y compararlo con un grupo de niños no institucionalizados, pensamos que proceda a formular algunas preguntas: ¿Cuál es la diferencia en la prevalencia de PDCDA según la edad y el sexo de los niños? ¿Cuál es la diferencia en la prevalencia de PDCDA con los niños institucionalizados y no institucionalizados? ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los niños al cuidado de las instituciones? ¿Cuál es la relación entre la duración de la institucionalización y la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención? ¿Cuál es la relación entre los tipos de maltrato y la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención? ¿Cuál es la relación entre el contexto

familiar donde se insertaron los niños internados en instituciones y la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención? ¿Cuál es la relación entre el contacto regular con los familiares de los niños internados en instituciones y la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención?

OBJETIVOS

A raíz de las preguntas formuladas, planteamos como objetivos de esta investigación:

Relacionar las diversas dimensiones de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención con la edad y el sexo de los niños en el estudio;

Determinar la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención en niños menores de atención institucional (CAT y LIJ);

Comparar la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención en niños internados en instituciones con niños integrados en su familia;

Relacionar la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención con el maltrato que sufrieron, los antecedentes familiares, contacto con la familia y el tiempo de la institucionalización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Alcanzado este punto de nuestro estudio, centramos nuestra atención en el estudio empírico realizado, que es parte de una especie de estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Para lograr este estudio, hemos considerado algunos grupos de variables: Prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención; Contexto (institucional/de la familia) en los que los niños se colocan, considerando dos grupos: los niños institucionalizados, víctimas de malos tratos (que reside en las instituciones); los niños no institucionalizados(que residen con la familia biológica); Edad; Género; Tiempo de la institucionalización; Tipo de maltrato (que dio lugar a la institucionalización); Contexto de la familia de los niños víctimas de maltrato (institucionalizada); El contacto regular con miembros de la familia (de los niños institucionalizados). Además de estas variables, hemos tratado de controlar la edad y el sexo de los niños con el fin de lograr una distribución homogénea en ambos grupos.

HIPÓTESIS

A partir de los objetivos definidos y el deseo no sólo para analizar la relación entre las variables, sino también la existencia de relaciones entre ellos, igualamos las siguientes

H1: Existe una relación directa y significativa entre el sexo de los niños en el estudio y la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención (PDCDA);

H2: Existe una relación directa y significativa entre la edad y la prevalencia de PDCDA en niños institucionalizados y no institucionalizados;

H3: Existe una relación directa y significativa en el nivel de prevalencia de PDCDA entre los niños institucionalizados y no institucionalizados;

H4: Existe una relación directa y significativa entre la duración de la institucionalización y la prevalencia de PDCDA;

H5: Existe una relación directa y significativa entre el tipo de maltrato que llevó a la institucionalización y la prevalencia de PDCDA;

H6: Existe una relación directa y significativa entre el contexto familiar, los niños institucionalizados, y la prevalencia de PDCDA;

H7: Existe una relación directa y significativa entre el contacto regular, los niños institucionalizados, las familias y la prevalencia de PDCDA;

Se hizo hincapié en las hipótesis 3, 4, 5, 6 y 7 se formulan sólo para el grupo de niños institucionalizados.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Con el objetivo de cumplir con los objetivos propuestos para la realización de esta investigación, dos grupos se formaron con los niños de ambos sexos, con edades de 6 a 12 años de edad (inclusive): uno con niños institucionalizados que residen en instituciones (LIJ o CAT) por medidas de la CPCJ o la Corte; un grupo de niños no institucionalizados, que reside con la familia biológica. De este modo, se rompió de una muestra total de 200 niños, que constituyen dos grupos distintos e independientes: Grupo1- 100 niños institucionalizados de ambos sexos (52 niños y 48 niñas), con edades comprendidas entre 6 y 12; Grupo2- 100 hay niños no institucionalizados de ambos sexos (52 niños y 48 niñas), con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. En cuanto al tamaño de la muestra, el grupo 1, fue recogido en el universo de los niños internados en instituciones, siendo la elección: 3 Centros de Refugio Temporal (CAT)

del Distrito de Guarda; 8 Casas de la Infancia y la Juventud (LIJ) - 4 (de 6 existentes) Distrito Guarda y 2 LIJ del Distrito de Viseu; también participó en la Aldea SOS y SOS Aldea *Gulpilhares Bicesse*.

Los niños no institucionalizados fueron recogidos del universo los estudiantes de 1º y 2º Ciclo Grupo de Escuelas *Guilherme Correia de Carvalho em SEIA* (1er Ciclo-Centro Escolar de SEIA; 2º ciclo – Escuela EB2/3GCC).

La distribución homogénea de los grupos (100 + 100) destinados a permitir la comparación entre ellos, de acuerdo con el objetivo general de esta investigación.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El estudio de la bibliográfico reveló la existencia de varias herramientas que nos permiten evaluarlas variables consideradas en el contexto del comportamiento de los niños y los trastornos del comportamiento disruptivo y déficit de atención. Indagando acerca de las características psicométricas y validación para la población portuguesa y de acuerdo a los contactos con otros investigadores y pidiendo a algunas opiniones de sus autores, se optó por los siguientes instrumentos de evaluación: para conocer las características de la población de estudio, los niños víctimas de malos tratos institucionalizado, elaborado un Cuestionario Sociodemográfico; para evaluar la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención, se utilizó el Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach (1991) – versión para los padres o sus sustitutos, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y ya validado para la población portuguesa; para conocer la intervención de la salud en el contexto de los niños institucionalizados, desarrollamos algunas preguntas para llenar el equipo Técnico.

El Cuestionario Sociodemográfico nos ayuda a llevar a cabo una caracterización integral de los niños institucionalizados que integran el análisis de la población que incluye las siguientes variables: edad; Género; La escolarización; Tiempo a la institucionalización; La aplicación de la medida; Tipo de maltrato; Problemática de los hogares asociada con el riesgo de que el niño/joven; Contacto Familiar. Cabe señalar que el cuestionario para el grupo de niños no institucionalizados, utiliza sólo las variables edad, sexo y escolaridad.

El Cuestionario de Comportamiento de los Niños CBCL 6-18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6-18), es una herramienta que ya está validada para la población portuguesa y la versión más actualizada de Portugal integra la batería ASEBA (Sistema Achenbach de base empírica Evaluación) de Psiquilíbrios Editorial, en la que el instrumento fue adquirido de la respectiva Editorial. Sin embargo, teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, se aplica sólo a la segunda parte del instrumento correspondiente a las 112 descripciones de problemas de comportamiento. El Cuestionario de Comportamiento de los Niños CBCL6-18, consiste en una entrevista estructurada en un cuestionario que se ocupa de los padres o tutores infantojuvenil del tipo de comportamiento en el contexto educativo, social e interpersonal. Uno de los temas abordados por este instrumento es la presencia de síntomas de internalización y externalización.

El inventario consta de 120 artículos (112 descripciones) con tres alternativas de respuesta, en relación con los problemas de conducta que pueden introducir a los niños/adolescentes de entre 6 y 18 años de edad. La valorización a nivel de problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 escalas de banda estrecha también llamados síndromes empíricos (ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva, la conducta agresiva) y dos escalas de banda ancha (de internalización y externalización de trastornos). Puntuación directa de escalas e obtiene sumando las puntuaciones asignadas a cada elemento 0-1-2 de cada ítem, de la misma manera como en los síndromes empíricos. Estas puntuaciones se convierten en puntuaciones de "T" en función del sexo y la edad, en el caso de la CBCL (6-11 años y 12-18 años). Los perfiles resultantes de la corrección de la escala también presentan, que los perfiles basados en los síndromes empíricos de dos líneas que delimitan las categorías normal y patológico (Achenbach, 2001).

Para la validez y consistencia de la escala, varios expertos profesionales en la salud mental de los niños procedentes de 30 culturas diferentes, evaluaron el grado en el que cada elemento CBCL, lo que confirma su consistencia (Ivanova, Dumenci y Achenbach, 2007). También en Portugal, este instrumento ha sido objeto de exploración teórica con exploración psicométrica para la población portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, y Cardoso (1994) y fue administrada a los padres de los 2º, 4º y 6º años de diversa las escuelas públicas de la región central del país. Según los autores, la versión

em português propõe valores normativos como a versão original. Aunque hay algunas limitaciones, e su instrumento con una buena consistencia interna y validez convergente satisfactoria, y por lo tanto, en general los resultados sugieren que la versión en português de CCP es una herramienta útil para el estudio de la psicopatología de los niños y adolescente.

Las preguntas sobre el papel de las instituciones de salud en el hogar, tenían como objetivo, conocer la intervención en salud a nivel de las instituciones de acogida por lo que hemos producido cuatro preguntas abiertas de alcance general para el equipo técnico de cada institución participante, refiriéndose directamente si las instituciones de salud y los profesionales de la salud en su área de cobertura tienen un papel activo o meramente puntual, en su vida cotidiana y de forma concomitante en el diseño de la vida de los niños y jóvenes allí institucionalizada y incluso, expresado con claridad y sin las limitaciones las expectativas que tenemos con respecto a lo que debe ser el papel de la salud en este contexto.

PROCEDIMIENTOS ÉTICOS Y FORMALES EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Tomamos en cuenta todos los aspectos éticos y formales que solicitando autorización a las instituciones responsables, para el desarrollo del estudio y para invitar a participar a los equipos técnicos profesionales, explicando el propósito del estudio, el contexto de su aplicación, la metodología utilizada, la importancia de su participación y garantizarla confidencialidad y el anonimato.

En la escuela y en conformidad con la legislación vigente, todavía se llevó a cabo en el Sistema de Encuesta de Seguimiento en la Escuela (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) el Registro del cuestionario, y sujetos a revisión y autorizado en Mayo. Después de la respectiva autorización procedimos a la entrega en la dirección de la Escuela de los cuestionarios para luego el Profesor/Director de la clase entregar a los estudiantes para llevarse los a casa y ser rellenos por sus padres / tutores y devolverlos más tarde. A los padres/tutores se les pidió el consentimiento informado para participar en este estudio.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Al término de la reunión de datos y con el propósito de llevar a cabo su análisis, la interpretación y la obtención de respuestas al problema en estudio, se procedió al

tratamiento estadístico de los datos utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 21 para Windows. Para sintetizarla información obtenida, los datos fueron sometidos a un proceso de estadística descriptiva, es decir, las frecuencias absolutas y relativas, medidas de medidas de tendencia central y de dispersión. También se utilizó la estadística inferencial. En las variables en el estudio para evaluar si tenía la distribución normal de los resultados, hemos aplicado las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (KS) y Shapiro-Wilk prueba reveló que los niveles de significación son inferiores a 0,05, no siendo cumplido el supuesto de normalidad. Por lo tanto, hemos utilizado pruebas no paramétricas para probar hipótesis en pruebas particulares de U de Mann-Whitney e correlación de Spearman (ρ).

De acuerdo con la recomendación por Hill & Hill (2000) y Almeida y Freire (2007) los siguientes niveles de significación fueron utilizados en todas las pruebas estadísticas, $p > 0,05$ (diferencia estadísticamente significativa); $P < 0,05$ (diferencia estadísticamente significativa); $p < 0,01$ (diferencia estadísticamente muy significativa).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

La muestra consistió en 200 niños (100 institucionalizada y 100 no institucionalizada) a cada grupo que consiste en 52% de los miembros eran hombres y 48% mujeres. Ha habido un predominio del sexo masculino en la población de niños en hogares de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años y quien se unió a la muestra del estudio. También de acuerdo con la ISS (2013) *Caracterização Anual da Situação de Acolhimento (CASA)* de 2012 se nota que, a semejanza de 2011, la población de niños y jovenes es en situación de acogimiento, una tendencia de ligero predominio masculino - 4.319 hombres (50,5%) frente a 4.238 niñas (49,5%), en especial de hasta 14 años.

Edad

En cuanto a la edad, la variable tiene una distribución uniforme de 6 a 10 años, con la siguiente distribución: los niños menores de 6 años, 7%; 7 años, 5%; 8 años, 11%; 9 años, 12%; 10 años, 16%; el más significativo es el rango de edad de 11 a 12 años de edad, con una submuestra del 1 grupo compuesto por 20% de los menores de 11 años y 29% a los 12 años, la submuestra para el grupo controles a la inversa, es decir, el 29% de los niños menores de 11 años y 20% a los 12 años. Por lo tanto, la edad media (M) del grupo 1 es 10,01 años con una desviación estándar de 1,87, mientras que en el grupo

2 de la edad media (M) es 9,92 años, con una desviación estándar 1.80. A pesar de que la diferencia entre los grupos no fue significativa, ya que se trató de obtenerlo más homogénea posible, para encontrar que la edad de la muestra (6 a 12 años), la edad media tiene tendencia a ser alta (10 años).

Estos resultados son un reflejo de la realidad del Acogimiento Institucional en Portugal. De acuerdo con el informe de CASA en 2013, se ha, en los últimos años, el perfil cambiante de los niños y los jóvenes que entran en el sistema de atención, en el sentido de personas que están siendo acogidas son cada vez mayores. E en este contexto, la gran mayoría de acogimientos se refiere a los adolescentes y jóvenes de entre 12 y 20 años, con un peso de 67,4% (5.688), seguido por los niños y niñas de 0 a 11 años, con un peso de 32,6% (2757), en el que la representación de 0 a 5 años es 13,1% y de 6 a 9 años, 19,6% (CNIS, 2014).

A pesar de que hay una disminución de los niños en el cuidado a la edad más temprana, el valor de 13,1% en el grupo de edad e 0 a 5 años debe ser el objetivo de la reflexión, es imperativo para los niños entre 0 y 3 años, el fortalecimiento de las medidas de apoyo a la familia se reservan en el entorno de la vida natural, y si va optar por retirar al niño de la familia, la colocación en familia de acogida deben ser privilegiados a expensas de la colocación institucional. Un estudio realizado por la agencia de Eurochild avanza la necesidad de que los Estados miembros para evitar que la atención institucional para los niños de hasta 3 años, esta acción debe ser supervisada por la Unión Europea. Esta propuesta se apoya en el reconocimiento internacional de que los niños de esta edad que se encuentran en el entorno institucional durante varios meses, han retrasado el desarrollo de irreversible (Pinheiro, 2011; ISS2012).

Educación

La variable de la educación se clasifica por años de 0 (para los niños que todavía estaban en la guardería) hasta el séptimo grado. El grupo de niños institucionalizados, presenta la siguiente distribución: 0 años de escolaridad, 4%; 1 año, 6%; 2º y 3º año, el 13% cada uno; 4 años, 25%; 5 años, 21%; 6 años, 12%; 7 años, 6%. El respeto a esta variable y el grupo de control es importante tener en cuenta que la recolección de datos se aplicó a los niños en el primero y segundo ciclos de la enseñanza, por lo que si se excluye la categoría "0 años" y "séptimo año". Por lo tanto, la clasificación de este grupo es: 1er grado, 9%; Segundo año, 8%; 3er año el 7%; Cuarto año 21%; Quinto año

22%; 6 años 33%. Tenemos en cuenta que aunque el grupo de niños institucionalizados mostrar un promedio superior a las edades del grupo de control, tenía la distribución más baja desde el segundo ciclo de la educación, con el 40% (33% del 2º ciclo y 3er ciclo de 7%), mientras que los niños en el grupo no institucionalizado este porcentaje aumenta a 55% en el segundo ciclo.

Con base en estos resultados, podemos decir que cualquier fracaso es notable. Estos resultados son coherentes con los datos presentados en el informe de la CASA (2012), que establece que en términos de progreso escolar de los niños desde la edad de 11 años, se encuentra una tendencia clara para el fracaso escolar, manteniendo las líneas del año anterior, un aumento del fracaso escolar a la edad del cambio de los ciclos escolares, en particular los 11 años de edad que representa la transición del ciclo 1 al ciclo 2 (edad, que también incluye la muestra), que es mencionado por varios autores como consecuencia de los malos tratos (Canha, 2003; Isabel *et al* 2012; ISS, 2103; Carvalho, 2013).

Institucionalización

En cuanto al grupo de niños internados en instituciones, hemos considerado también el momento de la institucionalización, la implementación de la medida, el tipo de maltrato, problema(s) asociado con la casa situación de peligro de que el niño/joven y el contacto familiar.

En cuanto a la longitud variable de la institucionalización, en número de años, en los que los niños están en el cuidado, nos encontramos con que el valor mínimo es de 0 años y un máximo de 8 años, dando una media (M) de tiempo por encima de la institucionalización 2 años (2,25); Se observa, además, que el porcentaje más alto (44%) se refiere al período de 0 a 1 año (22% institucionalizada menos de 1 año y el 22% completo con 1 año), pero el período inmediatamente siguiente es 2 y 3 años con 18% cada grupo. También hay que señalar que 20% de los niños que participaron en esta muestra, están en acogimiento hace 4 o más años. Estos resultados nos permiten afirmar que la estancia en la institución se produce durante un tiempo muy largo. Esto es corroborado por los resultados obtenidos en estudios previos.

De acuerdo con el Núcleo de Distrito de Braga Red Europea de Lucha contra la Pobreza (EAPN, 2006), por la duración de la acogida, el 30% de los niños y de los jóvenes había recibido más de seis años de estancia en hogares de acogida, que es excesivo e

indicativa de las dificultades sentidas de encontrar alternativas a la institucionalización. De acuerdo con el informe 2012 CASA, parece que asume una mayor representación, el número de niños y jóvenes que asisten a un año o hace menos de uno 45,4%, mientras que los que estén en condiciones de acoger a más de 4 años representan el 33,8%. Los niños y jóvenes institucionalizados durante 2 o 3 años es del 20,8%. Estos resultados son similares a los que figuran en el informe de CASA 2011, destacándose como las estancias más expresivas o cortas (hasta 1 año) y largo (más de 4 años). Con base en el mismo informe, también es evidente, una analogía con los datos del 2011, relativa al registro de algunos niños y jóvenes que han sido institucionalizados desde su nacimiento un mínimo histórico: el 27,2% de los niños menores de 3 años de edad se reciben entre 1 y 2 años y 13,5% a los 2 a 3 años; 12,5% de los niños entre las edades de 4 y 9 se reciben del 4 al 6 años; 29,7% de los jóvenes de 15 años están en condiciones de acogimiento hace 7 o más años, manteniéndose en el registro de una relación directa entre el aumento de la edad de los niños y los jóvenes a permanecer en una situación de acogida (ISS, 2013).

La deliberación y aplicación de la medida de protección en la Institución anfitriona, en la mayoría de situaciones fue ejecutado por el Tribunal (76%) y sólo el 24% se aplicó por la entidad Comisión para la Protección de los Niños y Jóvenes (CPCJ). Esto demuestra que en la mayoría de situaciones no se obtuvo el consentimiento de los padres para la intervención de CPCJ y el proceso que llevó a la Corte. Lo mismo se observa en todo el país en el procedimiento ante un Tribunal de Justicia (5955) en comparación con 1998 procesos de la responsabilidad de CPCJ (ISS, 2013). Esto confirma la tendencia de muchas familias se oponen a la acogida que está generando no sólo las dificultades en la relación con los responsables técnicos de la cuestión técnica instituciones y/o, sino que también se refleja en los propios niños, quienes presentan profundamente la oposición por los padres que los que asumen temporalmente para ser su cuidado (Ídem).

E en este contexto, de acuerdo con Furniss citado por Isabel *et al* (2012), es importante tener en cuenta que algunos de los síntomas y las dificultades que experimentan los niños y los jóvenes no son consecuencia directas de situaciones de abuso y puede potenciar después de la identificación del peligro, con la participación de diferentes profesionales. Se llaman efectos iatrogénicos o disturbios de carácter secundario. La intervención, que tiene como objetivo eliminar o reducir las condiciones de malestar

y la vulnerabilidad del niño puede desencadenar paradójicamente más disturbios, ya sea que el niño o la familia como resultado de ciertas situaciones, tales como: la falta de crédito a las verbalizaciones del niño o joven; el gran número de personas e instituciones involucradas en la evaluación y la intervención en el caso, a menudo sin articulación; la discriminación y la segregación en la comunidad después de la revelación de la situación familiar de abuso (Finkelhor, 1984; Browne y Finkelhor, 1986; Furniss, 1992; citado por Isabel, 2012).

En la medida aplicada por CPCJ, es decir, con el consentimiento de los padres, hay que señalar, que el cuidado institucional es la tercera más aplicada en el 2013 (46,2%), un aumento del 2% en comparación con el registrante con el año 2012.

Tipología de maltrato

En cuanto a la tipología de maltrato que llevó a la aplicación de la medida en la institución de acogida, se encuentra que el mayor porcentaje (82%), es decir la gran mayoría, se refiere a las situaciones de abandono, seguido de maltrato psicológico (49%) y la ausencia temporal de la figura de los padres (32%). El maltrato físico está clasificado en cuarto lugar, que representa el 26% de la muestra, sin embargo, sigue la exposición a modelos de conducta desviada (20%), abuso sexual (12%), el abandono (10%), la mendicidad (3%), comportamiento desviado (3%) y otras situaciones (2%). Con estos resultados se destaca la prevalencia de abandono y maltrato psicológico, sin embargo, es importante tener en cuenta que muchos niños fueron víctimas de diversos tipos de maltrato. En la exposición nacional y la comparación de los datos con la Comisión Nacional para la Protección de Niños y Jóvenes en Riesgo (CNPCJR, 2014), en 2013 los términos, las situaciones de más peligro identificado en los procesos monitoreados (71567 casos) fueron relativas a las situaciones de abandono, a modelos parentales con la conducta desviada, insuficiencia de deserción/absentismo escolar/escuela, abuso psicológico/abuso emocional y abuso físico.

Contexto familiar

En relación con el contexto familiar, se observa que las cuatro cuestiones principales, a saber, la privación socioeconómica (77%), violencia doméstica (36%), la desintegración familiar (33%) y el alcohol (32%) aparecen muchas veces y con frecuencia se asocian e son de hecho predominante en el contexto del presente estudio.

A nivel nacional y de acuerdo con los datos de CNPCJR (2012) el nivel de exposición a conductas que pueden comprometer el bienestar y desarrollo de los niños (exposición de los padres a los modelos con la conducta desviada), el 97,9% son situaciones de violencia doméstica, el 1,1% y el consumo de estupefacientes y 1% para el consumo de alcohol. Estas cuestiones son también un grave problema en el Distrito de Guarda, donde principalmente las dificultades económicas, la violencia doméstica y el alcoholismo aparecen a menudo asociados (PDS 2012-2014).

Ruivo y Sani (2002), en un estudio de niños en situación de riesgo, también consideran como factores de riesgo: bajo nivel socioeconómico; familias separadas por el conflicto y la inestabilidad familiar; habilidades bajas de paternidad. Canha (2003), hace hincapié en los aspectos mencionados anteriormente y también se refiere a, entre otros, el retraso mental, uno o ambos padres y los hábitos de alcoholismo abuso de drogas. También el Distrito de Braga Núcleo de EAPN (2006) afirma que la caracterización de las familias de estos niños en los que emergen, hace hincapié en una ruptura familiar importante que es de alrededor de 55,8%, mientras que los problemas socioeconómicos que afectan a 47,4%. Observa además que los problemas de las familias que se han eliminado, el 70,7% cumplieron con las situaciones de abandono, mientras que el 22,3% eran para el alcohol y el 10,2% debilidades psicológicas.

Contacto con sus padres

Directamente relacionados con el proyecto de vidas diseñadas de forma individual, y de acuerdo con los datos presentados, encontramos que el 74% de los niños mantiene el contacto con sus padres. Con respecto a la temporización de contacto, el primer contacto se denomina semanal (25%), seguido por los contactos de cada dos semanas (19%), mensual (14%), contactos espaciados en el tiempo por más de 3 meses (14%) y trimestral (2%). Un alto porcentaje de mantener el contacto con los padres, es coherente con la vida de diseño de la reintegración en la familia de origen.

De acuerdo a la ISS (2012), es notoria la insistencia en los proyectos de reunificación familiar que no han logrado materializarse. Se supone que este hecho está relacionado con situaciones muy complejas en las que interactúan los afectos, a menudo inadaptados, la familia respectiva y niños, mientras que el pronóstico sobre la reorganización de la familia real para el supuesto seguro de responsabilidad de los padres que garanticen la aplicación efectiva tales sentimientos y necesidades de los

demás en el entorno de vida natural. Es esta paradoja que marca la vida de muchos separadas por un sinfín de momentos de los que deben cuidar y educar a los niños. Dadas sus visitas y promesas de la próxima reunión ordinaria, más o menos, sin que haya cualquier cambio que les permita lograr este proyecto.

Es importante reflexionar y repensarla(re) construcción de proyectos de vida que sean coherentes con la realidad de cada niño en particular, un trabajo delicado y difícil como se refleja en el excesivo tiempo de institucionalización, que este estudio encontró que el 20% de los niños y jóvenes, ya están en condiciones de albergar 4 años o más.

Características de la conducta del niño

En cuanto a las características de la conducta del niño y con respecto a la dimensión de ansiedad/depresión, se encontró que el promedio es mayor en la submuestra de los niños institucionalizados grupo (Grupo 1) ($M=4,37$, $SD=2,96$) que submuestra en que el grupo de control (niños no institucionalizados) ($M=3,08$, $SD=2,40$), así como el tamaño de aislamiento/depresión ($M=4,31$, $SD=2,27$ vs. $M=2,95$, $SD=1,12$). Con respecto al tamaño de las quejas somáticas, encontramos que, aunque no tan importante, permanece en la submuestra media superior del grupo 1 ($M=1,50$, $SD = 2,35$) en comparación con el control de submuestra ($M=1,04$, $SD=1,33$). Había también valores más altos en el grupo desubmuestra en comparación con la submuestra de control, las dimensiones problemas sociales ($M=6,58$, $SD=3,13$ vs. $M=3,27$, $SD=1,37$), problemas de pensamiento ($M=3,83$; $DP=2,44$ vs. $M=2,36$; $DP=0,82$), problemas de atención ($M=7,08$; $DP=2,14$ vs. $M=4,70$; $DP=1,08$), comportamiento delincuente ($M= 5,63$; $DP=3,46$ vs. $M=2,61$; $DP=1,07$), comportamiento agresivo ($M=11,87$; $DP=8,24$ vs. $M=2,69$; $DP=2,70$) e otros problemas ($M=6,18$; $DP=3,27$ vs. $M=3,70$; $DP=1,55$).

También a nivel nacional, sigue teniendo una especial relevancia para el análisis de las características particulares, sobre todo en términos de salud, ya que como se describió previamente en el marco teórico, estos niños son más vulnerables a la aparición de problemas, tales como problemas de conducta, adicción, problemas de salud mental y discapacidades físicas. De acuerdo con la CASA datos del informe de 2012, continúa siendo observado una alta prevalencia de problemas de conducta de los niños y jóvenes que asisten, comprobando hasta incluso un aumento de 14.1% en 2010 a 18,1% en 2011 y en 2012 a 19,5 (ISS, 2013).

RESULTADOS

Por último, hacemos hincapié en el análisis de las hipótesis que nos permiten hacer algunas consideraciones importantes para nuestro estudio.

La **Hipótesis 1**, examina si el sexo de los niños menores del estudio está relacionado con la prevalencia de los trastornos de comportamiento disruptivo y déficit de atención (PDCDA). La nota media obtenida en nuestro estudio nos lleva a valores más altos para las niñas, el nivel de las dimensiones de ansiedad/depresión (103,34 vs 97,88) y quejas somáticas (106,40 vs 95,06); todas las otras dimensiones tienen los valores más altos para los niños varones, aislamiento/depresión (100,83 vs. 100,14), problemas sociales (101,89 vs 98,99), el pensamiento problemas (103,39 vs 97,37), problemas de atención (107,21 vs 93,23), la conducta delictiva (105,13 vs 95,48), comportamiento agresivo (101,36 vs 99,57) y otros problemas (107,58 vs 92,83).

Los estudios internacionales indican una prevalencia de aproximadamente el 5% de los Trastornos de la Conducta en edad escolar, con predominio en el sexo masculino. Los Disturbios de Oposición también son más frecuentes en los hombres y parece ser una forma atenuada o inicial de los trastornos de conducta. La mayoría de los casos de este tipo de diagnóstico de los trastornos en la infancia mantiene los síntomas en la adolescencia. En edad escolar los niños predominan comportamiento de oposición y heteroagresivos, que con frecuencia evolucionan a comportamientos de características antisociales en la adolescencia. Las niñas presentan las conductas menos agresivas, pero más manipuladoras y en la adolescencia son las que tienen conductas de riesgo comunes, incluyendo actitudes de orientación sexual, con el riesgo de embarazo precoz. (Pardilhão, Marques, y Marques, 2009; CNSM, 2009). También de acuerdo con el DSM-IV (APA 2002), la prevalencia de los trastornos de conducta en los hombres es 6 a 16%, y en las mujeres oscila 2 a 9%.

Sin embargo, a pesar de la media es más alta en los niños debido a que los del género masculino en nuestro estudio no hubo una relación estadísticamente significativa a las diversas dimensiones de la CBCL.

La **hipótesis 2**, equivale a la existencia de una relación positiva entre la edad y la prevalencia de PDCDA en niños institucionalizados y no institucionalizados. Encontramos que entre la edad y el aislamiento/depresión y problemas de atención

dimensiones, las correlaciones son positivas y significativas. Sin embargo, en otras dimensiones, la correlación no es estadísticamente significativa.

Estos resultados tienen la sostenibilidad mediante la verificación de la alerta que CNSM (2009) y Pardilhão (2009) lo hacen, para referirse a muchos de los trastornos más comúnmente observados en adultos pueden comenzar en la infancia, la depresión es un ejemplo que ha sido actualmente diagnosticado con mayor frecuencia en la infancia y la adolescencia. Alteraciones del comportamiento son situaciones psicopatológicas complejas y difíciles de tratar. Los casos con múltiples síntomas de moderada a severa gravedad y la disfunción familiar pueden progresar a la coexistencia de trastornos de la personalidad en la edad adulta. Por lo tanto, la detección y la implementación de la vigilancia y el apoyo a las familias en situación de riesgo temprano parecen tener resultados más positivos que las actuaciones finales. (Pardilhão, 2009).

La **hipótesis 3**, busca determinar si la prevalencia de PDCDA es mayor en el grupo de niños internados en instituciones, por lo que se procede a la comparación entre los dos grupos de la muestra. La hipótesis se confirmó, se ha obtenido una calificación promedio más alto en todas las dimensiones para el grupo de niños institucionalizados. Estos resultados son estadísticamente muy significativa ($p \leq 0,01$) en todas las dimensiones CBCL, excepto para la dimensión "quejas somáticas" en el que la relación no es estadísticamente significativa.

Estos resultados son consistentes con varios estudios en los que se identificaron un conjunto de consecuencias de la experiencia de maltrato durante la infancia y la adolescencia, el nivel de comportamiento a corto y largo plazo, a saber: La sintomatología depresiva, comportamiento auto-destructivo, intento de suicidio, falta de confianza, baja autoestima, sentimiento de culpa; superficie de contacto social y ambivalente, dificultad para confiar en los demás; trastornos de ansiedad, fobias particularmente, cierto desorden de estrés posttraumático; Pseudomaturidad asociada con una falsa autonomía, resultante del proceso de parentificación del niño y la necesidad de "sobrevivir" creciendo demasiado rápido; dependencia emocional y relacional; patrones de apego inseguro; la agresión, la delincuencia y la participación en la violencia física, sexual y/o psicológica con sus compañeros, y la intimidad con los hijos en el futuro, como autores o como víctimas; comportamientos de riesgo sexual o inapropiada, la promiscuidad, el embarazo adolescente, las disfunciones sexuales, la prostitución; alcohol y sustancias tóxicas (Canha, 2003; Martins, 2004; Pinheiro 2011; Isabel, 2012).

Además de las consecuencias directas de maltrato, sube a estos niños y jóvenes, a los que se aplica la medida en la institución de acogida, las consecuencias de la separación del entorno familiar y el impacto de la propia institución (dotado de una organización diferente del entorno de la familia) que desencadena perturbaciones emocionales, físicas, intelectuales, afectivas y el abandono que se verá reflejado en toda su vida. (Alberto, 2002; Silva, 2004; Martins, 2004; Alarcão, 2006).

La **hipótesis 4** tiene como objetivo analizar si el tiempo de institucionalización está relacionado positivamente con la prevalencia de las PDCDA, siendo confirmada parcialmente, habiendo sido verificada una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) en las dimensiones problemas de atención e otros problemas.

La permanencia en instituciones uno de los principales indicadores de caracterización del sistema nacional de acogida, permitiendo identificar hasta que punto en lo que se encuentra legislado es debidamente cumplido. En este sentido, los datos disponibles apuntan que, al largo de los años, los tiempos definidos en la Ley, especialmente los que se reportan a la acogida de emergencia y a la colocación en Centro de Acogida Temporal, pocas veces sean cumplidos, habiendo se hecho norma aquello que la "*Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo*" determino como excepción (Carvalho, 2013).

Esta realidad de nuestro país es preocupante, cuando sabemos que en la formulación original de la Teoría de la Vinculación, Bowlby partió de la evidencia de que separaciones prolongadas de la figura materna llevaban a los niños a sentir abandono y repudio (Bowlby, 1981, 1984, citado por Pinhel, Torres e Maia, 2009), que se reflejaban en perturbaciones de comportamiento y dificultades de relacionamiento, subrayándola frecuencia con que la rabia surge posteriormente a situaciones de separación y pérdida, pudiendo intensificarse de forma disfuncional. En separaciones que se prolongaban en el tiempo, se verifico que los niños tendían a presentarse emocionalmente retraídas y aisladas, no logrando establecer relaciones afectivas saludables con otros niños y adultos, mostrándose indiferentes, lentificadas, infelices y incapaces de reacción (Bowlby, 1981, 1984 citado por Pinhel, Torres e Maia, 2009).

Cueno (2009) refiere que los niños institucionalizados, por más de un año, demuestran una carencia afectiva muy fuerte, miedo, sufrimiento, baja auto-estima, sentimientos de

repulsa y aislamiento que se acostumbran ser verificados, justamente, como efectos de la institucionalización prolongada.

La **hipótesis 5** pretende verificar si existe relación entre un determinado tipo de maltrato y la prevalencia del PDCDA. A pesar de no ser posible establecer una correlación sencilla entre el tipo de maltrato y sus consecuencias a largo plazo, una vez que, en la mayor parte de los niños víctimas de malos tratos, están presentes más que un tipo y en todas las situaciones está siempre implícita la presencia de malos tratos psicológicos, de la análisis inferencial realizada, constatamos que existen relaciones estadísticamente significativas entre algunos tipos de malos tratos y algunas dimensiones del CBCL, concretamente: Maltrato físico y las dimensiones *quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de atención, comportamiento agresivo, aislamiento/depresión y comportamiento delincuente*; negligencia y *problemas de pensamiento*; abuso sexual relacionado con *problemas de pensamiento y comportamiento delincuente*; abandono relacionado con problemas de *ansiedad/depresión*.

No obstante, y de acuerdo con varios estudios, los efectos de las diferentes formas de malos tratos son cumulativas y la gravedad de las consecuencias depende de varios factores: el tipo y la duración del abuso; el nivel de la violencia y de las amenazas sufridas; el grado de relacionamiento con el abusador; la edad; el nivel de desenvolvimiento y la personalidad del niño. De acuerdo con varios estudios, algunas de las consecuencias de los malos tratos son el desenvolvimiento de un patrón de vinculación desorganizado, déficits en el desenvolvimiento intelectual, cognitivo, social, físico y sexual, dificultades en la regulación emocional, problemas interpersonales en el contexto escolar y familiar, síntomas disociativos, baja autoestima, suicidio y desenvolvimiento de perturbaciones psicológicas, tanto en la infancia, tanto en la edad adulta (Cicchetti & Toth, 1995, Canha, 2002, Gibb, 2002, Green, 2003, Gustafson & Sarwer, 2004 citados por Maia *et al*, 2007). É ainda referido que os maus-tratos intrafamiliares são os que geram consequências mais graves, na medida em que há perda dos sentimentos de confiança e segurança no seu meio natural de vida, constituindo uma ameaça profunda para o seu desenvolvimiento (Magalhães, 2002; Canha 2003; Smith e Fong, 2004).

Relativamente a la **hipótesis 6** que tiene como objetivo verificar la existencia de relación entre algunas problemáticas del contexto familiar en que el niño víctima de malos tratos estaba ubicada a cuando de la institucionalización y la prevalencia de

PDCDA, podemos afirmar que se confirma esa relación en algunas dimensiones, específicamente: entre violencia doméstica y la prevalencia de *problemas de atención*; detención y la prevalencia de *aislamiento/depresión y comportamiento delincuyente*; ruptura familiar y la prevalencia *del comportamiento delincuyente*. De un modo general, se puede afirmar que las familias que encuadraban cotidianamente estos niños, antes que fueran institucionalizados, vivían y/o viven en condiciones que corresponden a situaciones de familias multi problemáticas y de exclusión múltiple.

Los bajos niveles de escolaridad y literaria, la descalificación profesional y desempleo, las fuertes carencias materiales ya afectivas, la adopción de conductas ilícitas funcionan como un actor agravante que se cruza con dinámicas de auto-exclusión y conduce a estas familias al aislamiento y a la marginalidad. Una de las características presentes en las familias, que se ven envueltas en este tipo de ambientes adversos y que vienen a adoptar modos de vida más o menos desviantes, reside exactamente en la progresiva desestructuración al nivel de los lazos afectivos y de la composición familiar en que estos están fundados. La mayor precariedad, no sólo material, pero también afectiva, favorece la reproducción de casos de promiscuidad familiar y/o monoparentalidad (Mucha y Cruz, 2008). Según varios autores (*Dessen & Szelbrackowski, 2004*; Overbeek, Schipper, Lamers-Winkelmann & Schuengel, 2012), niños que atestiguan violencia familiar se deparan en riesgo de desenvolver problemas psicosociales, cognitivos e comportamentales. También de acuerdo con Sideli, Mule, Barbera & Murray (2012) y Mennen, Matthew & Penelope (2010), niños víctimas de malos tratos presentan una mayor tendencia en desenvolver problemas psiquiátricos, como depresión, stress pos-traumático y suicidio.

Finalmente, la **hipótesis 7** habla de la existencia de correlación entre el contacto periódico de los niños institucionalizados con sus familiares directos y la prevalencia de las PDCDA. No obstante, en nuestro estudio apenas se verifica que existe una correlación negativa y significativa estadísticamente entre el contacto familiar y la prevalencia de los *problemas sociales*, o sea, cuanto menor es el contacto de estos niños con los padres y/o familiares directos, mayor la tendencia para presentar problemas de comportamiento de orden social. Esta hipótesis es sustentada por algunos autores que refieren que la privación del medio familiar por la institucionalización refleja siempre una abrupta y grave ruptura en los vínculos personales y sociales establecidos, lo que posibilita una vivencia subjetiva de abandono relativamente a la familia, con las

atribuciones despreciativas y de auto desvalorización que tal separación acarrea (Alberto, 2004, Carvalho, 2013).

En lo que concierne al proyecto de vida, este puede y debe ser considerado la clave en la intervención a desarrollar durante la acogida. Es un derecho de cada niño, razón por la cual, se ha buscado en los últimos años promover su operacionalización en el contexto institucional donde el niño se encuentra integrado (ISS, 2012).

En el seguimiento del proyecto vital, que pasa tantas veces por las reintegraciones a la familia de origen, y en la perspectiva de la promoción de bien estar y la seguridad del niño, las intervenciones de los técnicos deben centrarse en tres vertientes: en las capacidades parentales para prestar cuidados básicos, garantizar la seguridad, el apoyo emocional, la estimulación, reglas educativas y estabilidad; en los factores familiares y ambientales que integran el funcionamiento y historia familiar, opinión general sobre la familia, condiciones de habitabilidad, empleo, rendimiento económico, integración social de la familia, recursos comunitarios y la familia alargada; al nivel de las necesidades del niño (Bentovim e Miller, 2007).

OBSERVACIONES FINALES

Todos los resultados presentados y confrontados con el soporte teórico de algunos autores, constituyen materia reflexiva importante para el objetivo de la investigación que constituyó la espina dorsal de este estudio - Trastornos disruptivos del comportamiento y de déficit de atención: comparación entre niños institucionalizados y no institucionalizados, teniendo como aspecto a considerar, el papel de los profesionales de la salud en este área. En este ámbito, el conocimiento del desenvolvimiento infantil, de los factores de riesgo y protección, nos ayuda a planear estrategias de intervención para detectar situaciones de malos tratos, pero principalmente para trabajar en la prevención de las mismas. Las evidencias de los efectos de las estrategias de prevención destacan, que una familia estable tiene un efecto poderoso en la protección del niño, debiendo estos factores ser implementados en las comunidades donde existen niveles bajos de cohesión social (Días Huertas, 2001; Smith y Fong, 2004; WHO y ISPCAN, 2006).

Es pertinente referir, de acuerdo con la DGS (2007), que las instituciones de salud, por inherencia de la misión que les cabe, son conocedoras de los riesgos de carácter psicosocial que están presentes en el día-a-día de las poblaciones a las que prestan asistencia. En ese contexto, tienen responsabilidades sumadas en la detección precoz de

factores de riesgo y de señales de alarma, en la señalización de situaciones de niños y jóvenes en riesgo o en evolución para un verdadero peligro.

De hecho, la inversión para la mejora de la capacidad de intervención sobre las situaciones de los niños y jóvenes en peligro, a nivel de la prevención, pero también de la señalización y intervención en el contexto familiar o institucional, es sin duda, uno de los objetivos a privilegiar y tener siempre presente en cuanto profesionales de la salud.

Es no obstante digno de referir, que el papel de la salud es entendido por los equipos técnicos de las instituciones participantes es reductor y limitado a intervenciones esporádicas y descontinuadas a cuando la necesidad de la busca de cuidados sanitarios.

En este estudio, se ha verificado que las unión es con los servicios de salud son escasas, no existiendo un apoyo regular del equipo sanitario del Centro de Salud o Hospital local, a los niños de la institución. A este mismo nivel se encuentran las principales dificultades, específicamente, deficiente articulación y inexistencia de un profesional de referencia. No obstante, se ha constatado que las expectativas de las instituciones de acogida relativamente a los servicios sanitarios son elevadas, tanto en términos del acompañamiento global del niño y incluso en la colaboración en su proyecto vital.

Estos resultados, refuerzan la importancia de los profesionales de la salud con su visión y intervención que se pretende holística en todos los contextos, tienen una intervención más activa y estructurante en los diversos equipos que tienen el privilegio de integrar, desde el equipo de salud familiar a la comunidad, hasta a los NACJR e incluso CPCJ.

La salud está comprometida en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los malos tratos infantiles. En este ámbito, existen líneas orientadoras de la “*Direção Geral de Saúde*”, divulgadas en el “*Programa de Saúde Infanto-juvenil*”, en el “*Plano Nacional de Saúde Mental*”, en el “*Plano Nacional de Saúde*” y en la “*Guia Prático sobre Maus-Tratos em Crianças e Jovens*”, este último publicado en febrero de 2011.

Es todavía importante realzar la importancia del “*Sistema Nacional de Intervenção Precoce*”, de los NACJR existentes en los Centros de Salud y Hospitales que integran recursos humanos, con formación para responder adecuadamente a las situaciones del punto de vista diagnóstico, terapéutico y legal. Constituye también una plusvalía, la existencia (aunque en número insuficiente) de equipos multidisciplinares especializadas na área psicoterapêutica con respuestas de intervención e seguimiento en los Departamentos de Pedopsiquiatria.

Al final de este estudio, emerge un sentimiento reforzado de la pertinencia del tema, bien como la consciencia de haber alcanzado el principal objetivo: conocer mejor el contexto y características del comportamiento de los niños y jóvenes en peligro a quien ha sido aplicada la medida de protección de Acogida en Institución, pensar sobre esta problemática y de la importancia del papel de la salud en la continuidad de su proyecto de vida. Al final y como sugerencias, consideramos que es importante:

- Que la institucionalización no se limite a una medida absoluta de protección, ni sea entendida apenas como una solución, todo lo contrario, que se traduzca en el acompañamiento y evaluación sistemática de la situación para el niño y simultáneamente para la familia, en un contexto de vida dinámico y flexible. La protección de la autonomía y de la capacidad de ejercicio de la responsabilidad parental debe ser siempre un objetivo relevante en la garantía dos derechos de estos niños y jóvenes;
- Es importante el desenvolvimiento de modelos organizativos que permitan adecuar las respuestas de los servicios al problema de los malos tratos y también de los problemas del foro emocional y mental de los niños, invirtiendo en la prevención de forma continua da con las familias e incluso en la comunidad. Para tal, en las entidades prestadoras de cuidados de salud, hay que criar, o reformular donde existan, formas más estructuradas de acción y grupos de trabajo que aseguren su desenvolvimiento, legitimados para tal. En este ámbito, asume una relevancia especial, la reorganización de los Cuidados de Salud Primarios, donde la Unidad de Cuidados en la Comunidad (UCC) tiene el papel de prestar cuidados de salud y apoyo psicológico y social, de ámbito domiciliario y comunitario, a las personas, familias y grupos más vulnerables en situación de mayor riesgo u dependencia física y funcional, actuando en la educación para la salud, en la integración en redes de apoyo à familia, donde se encuadran los niños en contexto de riesgo y/o peligro inminente y sus familias (Dec. Lei 28/2008; Despacho 10143/2009);
- La existencia de un protocolo de actuación y articulación entre el Centro de Salud y las Instituciones de Acogida da área de influencia;
- La efectividad de un profesional de salud del Centro de Salud con conexión al NACJR y a la Institución de Acogida;

- La existencia de recursos humanos con más formación en esta área en los Centros de Salud y Instituciones de Acogida;
- Mas formación pedagógica con el objetivo de una mayor sensibilización de los Equipos Multidisciplinares;
- Mayor énfasis en esta temática en los contenidos académicos de los Colegios.

Limitaciones de la investigación realizada y recomendaciones para futuros trabajos

En cuanto a las limitaciones, reconocemos que el análisis se centra sobre una población constituida por niños institucionalizados de apenas 11 Instituciones, lo que tiene implicaciones metodológicas e a nivel de tratamiento estadístico de los datos por lo que los resultados del estudio no podrán ser generalizados a la población de niños institucionalizados en Portugal; otra das limitaciones está relacionada con la naturaleza holística, especificidad e subjetividad de la temática.

Finalmente, cuanto a las implicaciones destacamos el interés relativo a la metodología utilizada dado que el estudio tiene un carácter descriptivo pero también correlacionar con vista a la comparación de niños víctimas de malos tratos institucionalizados y niños no institucionalizados, considerándose que el presente estudio se muestra pertinente para la comprensión del impacto de los malos tratos y de la institucionalización en la prevalencia da PDCDA, asegurando la necesidad de esta institucionalización ser realizada de una forma adecuada a la comprensión, edad y a las características de cada niño.

Es de nuestra convicción que los resultados obtenidos con la realización de este estudio, se revelan importantes e levantan novas interrogaciones, de ahí que consideramos pertinente, que esta problemática sea estudiada en trabajos futuros.

Con este estudio, consideramos también, existir material para la reflexión por parte de los equipos técnicos de las Instituciones de Acogida e de las equipas de salud con responsabilidades en esta área, en lo que concierne a esta temática, de ahí la importancia de divulgación de los resultados obtenidos.

Al llegar al término de apenas una etapa más, consideramos que la realización de esta investigación ha constituido una experiencia enriquecedora, que ha permitido a profundar conocimientos y reconsiderar sobre una problemática común a Todos, en la

medida en que cada uno de nosotros, personal o profesionalmente, es agente y actor de la sociedad, con un papel, responsabilidades y un campo de intervención posible.

De forma sencilla, inspirada en la simplicidad de los niños (actores principales de este proyecto), creemos que este estudio pueda venir a contribuir para el conocimiento del Saber y Cuidar en la área de la salud, que en un futuro se quiere cada vez más desenvuelto, más apasionado y más próximo dos Ciudadanos.

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos a crianças e jovens constituem um fenómeno complexo na sociedade contemporânea, uma vez que, se trata de um problema à escala mundial, cuja expressão tem contornos diversos, adquirindo uma forma mais ou menos visível e sendo melhor ou pior tolerada de acordo com as conjunturas e os contextos culturais em que ocorrem (Direção Geral da Saúde, 2007).

Nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se uma valorização crescente do estatuto social dos indivíduos (crianças e jovens), o que se reflete em certa medida, numa maior atenção prestada ao problema, na rejeição social do mesmo e no estabelecimento de medidas tendentes a contrariá-lo. Este fenómeno veio colocar novas responsabilidades e desafios aos serviços no sentido de preservar a segurança, promover um desenvolvimento adequado e obter mais ganhos em saúde dos indivíduos nesta faixa etária. Na prossecução deste processo, começaram a surgir experiências pioneiras com vista a uma melhor adequação das respostas às situações detetadas, envolvendo alguns profissionais e serviços de saúde (*Idem*).

O disposto na Lei nº 147/99 de 1 de Setembro – Lei de proteção de crianças e jovens em perigo, constitui um importante pilar tendo contribuído para o avanço na prevenção, diagnóstico e intervenção mais eficaz perante situações de risco.

Segundo Canha (2003 e 2008), o diagnóstico precoce do mau trato e a sua adequada orientação tornam-se fundamentais para evitar toda uma cascata de acontecimentos mais ou menos previsíveis e altamente danosos no percurso de vida de uma criança maltratada. Neste contexto, é atualmente acrescida a responsabilidade de todos os técnicos que trabalham com crianças, nomeadamente, Médicos, Enfermeiros, Educadores, Professores, Técnicos Superiores de Serviço Social, Psicólogos ou outros. Ignorar um caso de maus-tratos é colocar em causa a vida e o futuro de uma criança e perder a oportunidade preciosa de intervir nas circunstâncias que perpetuam o perigo.

Um dos efeitos danosos e que se perpetua no tempo e percurso de vida é a afetação da saúde mental, nomeadamente manifestada através de problemas de comportamento.

A saúde mental dos adolescentes pode ser influenciada pelas dificuldades em manter relações sociais com os seus pares, pela ausência do sentimento de pertença, pela rejeição dos colegas, pela exposição à violência na família ou por uma rutura nas relações sociais. As perturbações mentais em crianças e jovens incluem ansiedade, depressão, problemas de comportamento, perturbações alimentares, perturbações de hiperatividade com *deficit* de atenção (PHDA), perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo. Estas perturbações podem comprometer o sucesso escolar, conduzir a situações de conflito e violência familiar e, mais tarde, abuso de substâncias e até mesmo ao suicídio (Matos, *et al*, 2013).

Problemas comportamentais e emocionais precoces podem alterar significativamente o percurso de saúde mental infantil. Estes problemas podem impedir crianças mais novas de desenvolver um relacionamento saudável com os seus pares e adultos, bem como o desenvolvimento cognitivo, linguístico e de competências autorreguladoras, sendo um fator de risco para a saúde, educacional, económica e social (Idem).

As crianças e jovens desprovidos de meio familiar merecem o mesmo do que quaisquer outras crianças. Vítimas de erros, atos e omissões dos adultos por eles responsáveis, desde os pais aos restantes elementos da família e mesmo da sociedade, têm percursos de vida difíceis, traumáticos e negativos. Neste contexto, impõe-se uma resolução que ponha termo imediato ao perigo de maus tratos a que a criança está exposta, o que passa muitas vezes pelo recurso a medidas de Acolhimento Familiar, Adoção ou pela Institucionalização de maior ou menor duração.

Os problemas de comportamento da criança podem ser um fator precipitante para o seu acolhimento, mas também se constituem como uma consequência inerente a este processo. As crianças acolhidas, com um historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, apresentam maior dificuldade de reinserção nas suas famílias (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, *et al.*, 2008; Johnson, *et al.*, 2006; Keil & Price, 2006), o que conduz a um acolhimento institucional prolongado face à morosidade nas respostas de intervenção.

A institucionalização de crianças em risco, embora considerada a última medida a aplicar em termos de proteção infantil, alcança uma expressão significativa em Portugal, em particular o acolhimento institucional prolongado. Embora o acolhimento

institucional, sem suporte familiar adequado, seja encarado por muitos com reservas, a sua necessidade impõe-se, dadas as enormes solicitações deste tipo de serviços e a inexistência, de medidas alternativas capazes de lidar com essas solicitações (Martins, 2005).

Legalmente legítimo e socialmente necessário, o acolhimento institucional, acresce e multiplica o carácter paradoxal das vivências destas crianças face à sua complexidade do ponto de vista psicológico, e em particular, relacional. Neste âmbito, devem ser equacionadas as relações das crianças e jovens acolhidos com os adultos da instituição, os seus familiares próprios, as outras crianças e jovens também em regime de acolhimento e o meio envolvente da instituição em que participam (Martins, 2005).

Com o intuito de prevenir ou minimizar as descontinuidades na construção de um Projeto de Vida consistente, é atualmente consensual assumir a transitoriedade dos acolhimentos (sejam estes institucionais ou familiar, de emergência, temporário ou prolongado), como critério de qualidade do mesmo, na perspetiva da exigência da dinamização de construção do Projeto de Vida mais adequado, assente num Plano de Intervenção Individual para cada criança ou jovem e sua família (ISS, 2009).

Em Portugal, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo prevê o Acolhimento Institucional Especializado. Contudo, a maioria dos Centros de Acolhimento Temporário (CAT) e Lares de Infância e Juventude tem dificuldade em responder adequadamente às necessidades emocionais de crianças, nomeadamente, os problemas de comportamento, pois nem sempre apresenta estrutura e recursos técnico-profissionais para programar e implementar intervenções neste âmbito.

De acordo com a literatura consultada, as crianças em risco/perigo têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento, consequência das situações a que estiveram expostas. Por outro lado, é visível a dificuldade que os técnicos apresentam em trabalhar com estas crianças e famílias.

Neste contexto e ao refletirmos sobre esta realidade surgiram algumas questões:

- Que diferença existe na prevalência das PDCDA, segundo a idade e o género das crianças?
- Que diferença existe na prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas?

- Quais as características sociodemográficas das crianças em acolhimento nas instituições?
- Qual a associação entre o tempo de institucionalização e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre os tipos de maus-tratos e prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre o contexto familiar onde as crianças institucionalizadas estavam inseridas e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre o contacto periódico das crianças institucionalizadas com familiares e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?

Assim, tendo por base os pressupostos encontrados e as questões levantadas, torna-se pertinente a realização deste estudo que tem como finalidade caracterizar o universo de crianças em acolhimento institucional, com idades entre os 6 e os 12 anos, analisar as perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, e comparar com crianças não institucionalizadas, bem como, analisar o papel da saúde na intervenção com crianças vítimas de maus tratos. Pretende também contribuir para uma reflexão sobre formas de intervenção com estas crianças e respetivas famílias prevenindo, assim, acolhimentos disruptivos.

A faixa etária escolhida tem em consideração o facto de que os problemas de comportamento emergentes na infância, sem intervenção adequada, tendem a persistir na idade adulta, podendo evoluir para perturbações severas da personalidade. Os problemas de comportamento tendem a ser mais graves quanto mais prematura for a sua manifestação (Herbert & Wookey, 2004; Keil & Price, 2006).

Na sequência das questões formuladas, delineámos como objetivos desta investigação:

- Relacionar os vários tipos das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção com a idade e o sexo das crianças em estudo;
- Determinar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção nas crianças em regime de acolhimento institucional (CAT e LIJ);

- Comparar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção nas crianças em acolhimento institucional com crianças integradas na sua família;
- Relacionar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção com os maus-tratos de que foram vítimas, o contexto familiar, o contacto familiar e o tempo de institucionalização;

Com a pretensão de analisarmos não só a relação entre as variáveis, mas também a existência de relações entre elas, equacionámos as seguintes hipóteses:

H1: Há uma relação direta e significativa entre o género das crianças em estudo e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA);

H2: Há uma relação direta e significativa entre a idade e a prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas;

H3: Há uma relação direta e significativa ao nível da prevalência das PDCDA entre as crianças institucionalizadas e não institucionalizadas;

H4: Há uma relação direta e significativa entre o tempo de institucionalização e a prevalência das PDCDA;

H5: Há uma relação direta e significativa entre o tipo de mau trato que motivou a institucionalização e a prevalência das PDCDA;

H6: Há uma relação direta e significativa entre o contexto familiar, das crianças institucionalizadas, e a prevalência das PDCDA;

H7: Há uma relação direta e significativa entre o contacto periódico, das crianças institucionalizadas, com familiares e a prevalência das PDCDA;

Para a concretização dos objetivos traçados, optámos por realizar um estudo quantitativo, não experimental, transversal e correlacional.

O estudo foi desenvolvido com recurso a uma amostra de 200 crianças com idades entre os 6 e 12 anos, dividida em dois grupos (100 crianças institucionalizadas e 100 crianças não institucionalizadas). Para a recolha de dados foi aplicado um questionário que integra: questões sociodemográficas, o *Child Behavior Checklist* (CBCL) versão para

pais ou seus substitutos; questões para preenchimento pela equipa Técnica das instituições de acolhimento.

Desta forma, o presente trabalho é constituído por duas partes sendo que na primeira destacamos a revisão teórica que integra, por um lado, a questão dos maus-tratos infantis, atendendo à sua definição, evolução, consequências e onde abordamos de forma sistemática a medida de proteção de “*acolhimento institucional*” e, por outro, analisamos a problemática das Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção associadas, essencialmente, às crianças vítimas de maus-tratos; fazemos ainda uma breve referência ao projeto de vida das crianças institucionalizadas.

Na segunda parte, descrevemos o estudo em termos metodológicos pelo que apresentamos o tipo e desenho da investigação, hipóteses, população e amostra, instrumento de recolha de dados, bem como todos os procedimentos éticos e formais, tratamento dos dados e características gerais da amostra. De seguida, apresentamos os resultados obtidos e análise das hipóteses formuladas bem como a discussão e conclusões em torno dos resultados obtidos.

O trabalho é finalizado com uma conclusão onde são realçados os resultados considerados mais pertinentes, as limitações e implicações do estudo e onde se apresentam algumas sugestões para a prática que parecem mais relevantes tendo em conta os resultados obtidos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atendendo a que a temática do estudo está relacionada com, Perturbações disruptivas do comportamento e de déficit de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, consideramos pertinente na fase inicial, aprofundar alguns aspetos relacionados com a violência infantil e psicopatologia na infância para posteriormente existir suporte e orientação para a colheita de dados.

Neste contexto, tendo por suporte teórico alguns autores, foi abordada a evolução histórica da infância e dos maus-tratos, a definição de maus-tratos e os vários tipos considerados, os principais fatores de risco, consequências e sequelas, prevenção e níveis de intervenção, identificação das medidas de proteção segundo a legislação em vigor, definição e caracterização da medida de acolhimento em instituição, perturbações do comportamento e o papel da saúde no âmbito da criança em perigo e na reconstrução do projeto de vida de cada criança.

Todos estes aspetos e novos elementos serão enquadrados na discussão dos resultados.

1 MAUS-TRATOS INFANTIS

A problemática dos maus-tratos infantis tem vindo, ao longo do tempo, a ganhar uma visibilidade crescente. Apesar das diferenças no modo como as diversas culturas concetualizam as práticas abusivas, é consensual que os maus-tratos infantis não devem ser permitidos. Vários peritos em matéria de infância e juventude têm-se envolvido crescentemente e contribuído significativamente, para os processos de deteção, avaliação e intervenção junto das crianças maltratadas e suas famílias (World Health Organization [WHO] & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect [ISPCAN], 2006).

Neste contexto, consideramos pertinente fazer uma abordagem histórica e concetual sobre esta problemática.

1.1 INFÂNCIA E MAUS-TRATOS: UM OLHAR SOBRE A SUA EVOLUÇÃO

A evolução do conceito de infância sofreu mudanças ao longo do tempo relacionadas com o contexto social da época e da evolução dos contributos provenientes dos estudos realizados. Dessas investigações, têm surgido diversas preocupações, nomeadamente as preocupações referentes com a proteção das crianças e com tentativa de explicar os comportamentos das crianças que são vítimas de maus-tratos.

Infância é definida pelos dicionários de língua portuguesa, como o período de crescimento que vai do nascimento até ao início da puberdade (cerca dos doze anos de idade).

A Convenção sobre os Direitos de Criança, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Novembro de 1989, define criança como: “todas as pessoas menores de dezoito anos de idade”. O Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 delimita a criança até aos doze anos e a adolescência entre os doze e dezoito anos de idade.

Frota (2007) transmite a ideia de que existe, por parte da sociedade a noção de que a infância resume-se a um período em que a criança é um ser feliz, despreocupado, com condições propícias para o seu desenvolvimento, ou seja, a infância é considerada o “melhor tempo da vida” do desenvolvimento humano.

No entanto, refletir sobre a questão da infância exige, proceder a uma análise da *Socialização*, o que inclui a abordagem de algumas perspetivas clássicas e pós-clássicas que se debruçaram sobre este processo social fundamental, adotando-se assim, uma visão mais construtivista evitando abordar a socialização como sendo uma espécie de “cartilha” através da qual a criança ou o jovem é levado a interiorizar normas, valores, atitudes, papéis, saberes e saberes-fazer que compõe uma espécie de programação destinada a ser executada de forma mecânica (Bondon e Bourricaud, 1982, citados por Mucha e Cruz, 2008). Em sentido oposto, é enfatizado o papel ativo que cada indivíduo tem no processo de socialização, desde o seu nascimento até ao momento da sua morte, através de uma dupla dinâmica de transmissão e apropriação que se processa de modo contínuo, mas não isento de clivagens. Neste contexto, é assinalado o carácter duplamente construído do processo de socialização, uma vez que, “por socialização, designamos um conjunto de processos estruturais e biográficos que assegura a construção das identidades sociais pelas instituições e pelos indivíduos” (Dubar, 1991: 114, citado por Mucha e Cruz, 2008).

O agente socializador que assume um papel primordial ao nível deste processo é, sem dúvida, a *Família*, considerada a instância fundamental no processo de socialização primária; a família contribui numa lógica seletiva e não meramente reprodutiva, no sentido de promover na criança a interiorização de um conjunto de valores, a construção de uma série de expectativas, a estruturação de formas de pensamento, a incorporação de normas de comportamento e o desenvolvimento de códigos de linguagem, que garantam a sua integração no todo social. O processo de modernização das sociedades tem implicado alterações significativas, tanto nas relações objetivas que se estabelecem entre os membros do núcleo familiar, como nas representações subjetivas que se constroem em torno desta instituição básica da sociedade. Enquanto nas famílias pré-industriais se verificava, muitas vezes, a ausência de sentido de afeto e a ausência de intimidade entre os cônjuges e entre gerações de pais e filhos, já nas sociedades industriais as relações distantes tendem a dar lugar a relações mais intimistas e afetuosas (*Idem*).

O individualismo que caracteriza, em geral, o processo de modernização, reflete-se num processo de atomização familiar, em particular. Se a família alargada está a dar lugar, cada vez mais, à família nuclear, no que concerne às sociedades pós-industriais, há quem advogue, ora a diversificação/dispersão das estruturas familiares, ora a desestruturação/destruição da instituição familiar. Esta última posição parece assumir um carácter radical, sendo a primeira muito mais plausível e “saudável”. No entanto, em contextos de *Modernidade Tardia*, fenómenos como a valorização do indivíduo e a maior flexibilidade das estruturas familiares são acompanhados de uma crescente vulnerabilidade a dinâmicas de desestruturação familiar, assumindo muitas vezes, diversas formas de violência doméstica, e consequentemente *maus-tratos infantis*, entre as quais há que destacar: a violência física e psicológica, o abuso sexual, a negligência, o abandono e outras formas de maus-tratos a crianças (Mucha e Cruz, 2008).

De facto, a família, apresenta-se como uma estrutura complexa, formada por elementos cuja união deriva não só de laços sanguíneos, mas também afetivos, constituindo o contexto natural e ideal para a criança nascer e crescer. No entanto, é também esta família pode ser geradora de sofrimento de forma consciente ou inconsciente.

A existência de maus-tratos, remonta já à Antiguidade, às antigas civilizações grega e romana, nas quais tais práticas eram usadas com bastante frequência (Gallardo, 1994 citado por Soares, 1997). Até 374 A.C., nem a opinião pública, nem as autoridades legislativas Romanas, achavam, que a prática do infanticídio fosse errada ou condenável. Eram frequentes os sacrifícios de bebés em altares ou o seu abandono em intempéries com devoção aos Deuses, para que os pais tivessem sorte nos campos de batalha, ou então para eliminarem recém-nascidos portadores de defeitos físicos.

Na Roma Antiga, os pais tinham o direito de vender, matar ou escolher deixar ou não viver os seus filhos. Os Gregos antigos praticavam o infanticídio e abandono de recém-nascidos com malformações. Também na Bíblia são relatadas histórias de maus-tratos a crianças. Exemplo disso é o mandato de Herodes de matar todas as crianças com menos de dois anos, com o intuito de matar Cristo.

Estas práticas só tomaram a dimensão de maus-tratos com o decorrer vagaroso dos séculos e a esta lenta mudança de perspetivas e sentimentos poderá estar associada a ideia de infância como uma etapa fundamental da vida.

Ainda segundo Soares (1997), durante a Idade Média, surgiram algumas ideias sobre a infância que persistem até ao Renascimento, em que as crianças não são importantes; são comparadas a anciões senis ou bêbados cambaleantes. Os adultos não davam conta de que as crianças eram seres humanos completos. No final do séc. XVII e princípio do séc. XVIII a taxa de infanticídio e abandono de crianças continuava a ser elevada e começaram a surgir em diversos países da Europa, os asilos ou orfanatos especializados em recolher menores.

No Ocidente houve um movimento de particularização da infância que ganha força a partir do século XVIII. Criam-se novas necessidades sociais nas quais a criança é valorizada, passando a ocupar um lugar central na dinâmica familiar. A infância e a criança tornam-se objetos de estudo e saberes de diferentes áreas, constituindo-se num campo temático de natureza interdisciplinar. Independentemente da forma como era olhada, da posição teórica que se tinha sobre a infância. Neste séc. XVIII Rousseau vê a criança com valores próprios e cheia de potencialidades e as suas ideias vão difundir-se e influenciar educadores, médicos, pedagogos e professores. A Revolução Francesa permitiu a libertação dos oprimidos: pobres, loucos e crianças. Surgem então as Leis de proteção das crianças, a universalidade da escola e instituições de proteção (*Idem*).

No estudo da infância em Portugal constata-se que este se limitava à criação de casas/hospitais para acolher as crianças, sendo em finais do século XIII, que surge o primeiro hospital para crianças órfãs – o Hospital dos Meninos de Lisboa (Lopes, 1993).

Nos séculos XIV e XVI, foram criados outros Hospitais, em Santarém e Lisboa, dirigidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Em 1780 foi criada a Casa Pia de Lisboa, que inicialmente acolhia mendigos de todas as idades e que passou mais tarde a acolher e educar jovens. Em 1834, surgiu a associação das Casas de Asilo da Infância Desvalida, cujos estabelecimentos se espalharam por todo o país, e que ajudavam órfãos ou crianças abandonadas. Estas Instituições procuravam também socorrer crianças pobres com família.

Em Portugal as casas de correção de menores abriram em Lisboa em 1872 para rapazes e em 1876 para raparigas e no Porto em 1902, segundo o autor Santos, (1996, p.193), citado por Lopes (2004).

Já no séc. XIX estas Leis de proteção são reforçadas mas com a Revolução Industrial as crianças são exploradas nas fábricas a nível laboral e sexual. Nos Estados Unidos da

América surgem as ligas de proteção à infância organizadas a partir do Movimento para o bem-estar da Criança. É neste século que se descreve pela primeira vez o Síndrome da Criança Espancada e que se faz o primeiro estudo científico de casos de maus-tratos; cria-se o primeiro Hospital Infantil. O trabalho infantil começa a ser remunerado e criam-se as primeiras sociedades dedicadas à prevenção da crueldade infligida às crianças (Soares, 1997; Tomás & Fonseca, 2004).

Os avanços e os contributos no domínio da investigação sobre a infância vão desde a pediatria, psicologia, sociologia passando pela pedagogia. Todos estes contributos foram importantes e decisivos para a mudança sobre a visão, da ideia que se tinha acerca da infância.

No séc. XX começam a adquirir visibilidade os estudos sobre a criança, uma vez que até então elas não eram valorizadas enquanto seres autónomos e interativos, estando sujeitas ao poder da família.

Esta nova construção psicossocial vem chamar à atenção para a importância do seu desenvolvimento, uma vez que as diversas etapas do seu crescimento e as suas vivências irão influenciar todo o seu comportamento futuro.

O século XX marca de facto a viragem na mudança do conceito da criança e de infância. Neste século, como refere Canha (2003, p.22), entende-se a criança como “(...) um ser social, integrante e parte preciosa da sociedade”.

Foi a partir do século XX que as crianças tiveram o privilégio de verem os seus direitos defendidos, generalizando-se por todo o Ocidente as Leis e os Tribunais de Proteção de Menores e neste século tudo se volta para as crianças – é chamado o *século da criança*.

Portugal, do ponto de vista legal, foi um dos países pioneiros a adotar a legislação específica para a proteção dos menores, nomeadamente o Decreto-Lei de 27 de Maio de 1911 (Tomás & Fonseca, 2004).

Em 1959, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a Declaração dos Direitos da Criança. Nesta altura há uma movimentação de trabalhadores e educadores especializados no diagnóstico e tratamento de crianças maltratadas, contudo, a real tomada de consciência, por parte destes profissionais, das dimensões aterrorizantes que poderiam atingir as atuações de alguns pais e outros adultos para com as crianças só

surge mais tarde. Tal relevância começa a ganhar alguma importância no início dos anos 60, altura em que surgiu a primeira definição concetual de maus-tratos.

Em 1961, Henry Kempte citado por Soares (1997), apresenta numa definição os sintomas e características que ajudavam a identificar crianças maltratadas e que é conhecida como Síndrome de Criança Espancada, lançando assim, pela primeira vez, o problema para o mundo científico. Esta definição tinha uma natureza fundamentalmente clínica.

Em 1963, Fontune acrescenta a dimensão emocional. Kempte em 1965 dá novo contributo na clarificação do conceito, ao incluir nele, quer crianças vítimas de maus-tratos físicos quer emocionais e ainda crianças abandonadas, violadas e sub nutridas (*Idem*).

Para Edelman (1989) citado por Soares (1997), o conceito de maus-tratos foi encarada não como um atributo individual, mas sim como uma condição social. Segundo Parker e Wolmen (1975) citado pelo mesmo autor, a probabilidade de ocorrerem maus-tratos e negligência estão fortemente ligadas às características de pais e crianças e inserem um novo dado de análise: as relações entre pais e filhos, tal como o facto de as crianças não serem desejadas ou que sejam portadoras de diminuição mental.

O conceito de maus-tratos e a proteção às crianças alcançou o seu auge em 1989, com a aprovação da *Convenção dos Direitos da Criança*, ratificada por Portugal em 1990. É também de salientar a *Carta Europeia dos Direitos da Criança criada* em 1992.

Em Portugal, foi um passo importante a aprovação da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (anexo 1), que é até aos dias de hoje o pilar fundamental que regula legalmente a intervenção nesta área.

1.2 DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS

Compreender o que são maus-tratos está na génese para um melhor conhecimento desta problemática, para a sua prevenção e/ou atuação perante tal contexto, daí a importância da definição segundo vários autores.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, o conceito de maus-tratos engloba todo e qualquer comportamento dirigido à criança por um adulto que mantém

com ela uma relação de responsabilidade, de confiança ou de poder, e que, de forma não acidental, lhe pode causar danos de várias ordens. Estes comportamentos podem ser concretizados por ação ou omissão e são usualmente agrupados em quatro grandes tipos: abuso físico, abuso sexual, mau trato emocional e negligência (WHO, & ISPCAN, 2006).

Para Magalhães (2005, P.32),

“maus-tratos são qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissões ou negligência nos cuidados e (ou) nos afetos). Pela maneira reiterada como geralmente acontecem, privam o menor dos seus direitos e liberdades afetando, de forma concreta ou potencial, a sua saúde, desenvolvimento (físico, psicológico e social) e (ou) dignidade”.

Nas duas definições anteriores, são consideradas formas de maus-tratos: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual e abuso emocional.

Segundo Deslandes *et al* (2005) citado por Deslandes (2007), a violência contra a criança pode ser compreendida como qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao seu desenvolvimento. Pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança.

Ainda para Deslandes (1994) citado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2001), abuso ou maus-tratos, são caracterizados pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social e econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir da indução ou sedução enganosa.

Num artigo publicado no site “Médico Assistente on line” (2004), criança maltratada é toda a criança ou jovem até aos dezoito anos de idade que seja vítima de qualquer tipo de agressão física ou psicológica, abuso sexual ou negligência, que possa prejudicar a sua saúde e bem estar ou interfira no seu desenvolvimento normal.

De acordo com Silva, citado por Machado *et al* (1994), maus-tratos ou abuso é o que se caracteriza por atos intencionais contínuos e que ocasionam dano físico, psicológico ou social à criança e/ou adolescente, sendo praticados por um agente agressor em condições de superioridade. Embora não se restrinja ao âmbito doméstico, a prática de

maus-tratos pelos pais ou responsáveis constitui a forma mais frequente de violência dos atendimentos nas emergências pediátricas.

“Os maus-tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” DGS (2011, p.7).

1.3 TIPOS DE MAUS-TRATOS

O termo “criança maltratada” é um termo lato que engloba diferentes tipos de maus-tratos.

Segundo Planella (2000) podemos considerar os seguintes tipos: Negligência – física, educativa e emocional; Abuso – físico, emocional e sexual.

Para este Autor, a violência dentro da própria família manifesta-se sob a forma de agressão física, normalmente provocada por um indivíduo adulto e mais velho. Esta forma de violência é também um mal que não distingue sexo, religião, raça ou classe social. A negligência é considerada um tipo de abuso difícil de definir, como também dos mais difíceis de detetar. Define-se pela negativa, ou seja, não se trata do que é mas sim do que não se proporciona à criança. A criança tem necessidades básicas de amor e segurança, de oportunidades e novas experiências, de reconhecimento, de alimentação adequada, de cuidados médicos e de educação. Por tudo isto podemos considerar negligência a falha dos pais em responder e estas necessidades, quando possuem recursos para o fazerem.

Para Browne (1988) citado por Planella (2000) a negligência é uma forma passiva de maus-tratos. Os maus-tratos psicológicos são difíceis de definir, no entanto, existe consenso quando se definem como uma ofensa intencional de um adulto ao desenvolvimento da autoestima e competência social da criança, através de comportamentos de rejeição, isolamento ou terror. Também a privação de necessidades emocionais, ameaças de abandono e chantagem emocional, são formas de maus-tratos psicológicos. Contudo, os maus-tratos físicos continuam a encabeçar a lista de crianças maltratadas, em que as lesões sofridas pela criança são provocadas a partir do uso excessivo de força física por parte de alguém com maior aporte físico.

Também para Canha (2003), os maus-tratos podem classificar-se em diversos tipos: mau trato físico, negligência, abuso sexual, mau trato psicológico e a síndrome de Munchausen por procuração, sendo o mau trato físico o mais fácil de identificar e o mais frequente nas Instituições de Saúde.

No contexto desta classificação mais comum, a DGS (2011) define cada tipo de mau trato da seguinte forma:

Negligência - incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, fundamentais para o crescimento e desenvolvimento adequados. Geralmente é reiterada no tempo, podendo manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades fundamentais.

Mau trato físico - resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque ou possa vir a provocar dano físico. Este tipo de maus-tratos abrange um conjunto diversificado de situações traumáticas que vão desde a Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas.

Mau trato psicológico - resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo imprescindível ao crescimento, desenvolvimento e comportamento estáveis da criança ou jovem. Abrange diversas situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequada à idade e situação pessoal, até à total rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança/jovem, o que conduz com frequência a repercussões negativas a nível comportamental.

Abuso sexual - corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade é a obtenção da satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou adolescente, em função do estágio de desenvolvimento: não tem capacidade para compreender que delas é vítima; percebendo que é vítima, não tem capacidade para denunciar o abuso sexual; não se encontra estruturalmente preparada; não é capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas, tais como, importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e

espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, prática de coito (cópula, coito anal ou oral), introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, manipulação dos órgãos sexuais, entre outras, as quais se encontram previstas e punidas pelo atual art.º 171.º do Código Penal (CP) 6, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças.

Síndrome de Munchausen por Procuração - atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, o que conduz por vezes, a procedimentos de diagnóstico exaustivos, o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações repetidas.

Apesar da categorização dos principais tipos de maus-tratos, é pertinente alertar para o facto de estas não serem categorias estanques, constatando-se que a criança vítima de maus-tratos, experiencia frequentemente múltiplas formas de violência e que o abuso emocional coexiste a todas as outras formas de maus-tratos.

1.4 FATORES DE RISCO

Após a definição e evolução histórica dos maus-tratos e o conhecimento dos diversos tipos, é pertinente, esclarecer quais os fatores e os mecanismos que contribuem para a ocorrência de maus-tratos à criança, pois só desta forma, será possível considerar indivíduos em perigo e delinear estratégias que visem a redução dos riscos em que incorrem (Matos e Figueiredo, 2001a).

Os fatores de risco são conducentes a qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis bio-psico-sociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do desenvolvimento harmonioso e adequada socialização das crianças e dos jovens (DGS, 2011).

São diversos os fatores que concorrem para a ocorrência de maus-tratos à criança, os quais se situam em diversos níveis e interatuam entre si na explicação deste fenómeno.

Neste contexto, Belsky (1993), citado por Matos e Figueiredo (2001a) apresentam uma perspetiva “ecológica”, ao considerar que fatores sociais e culturais, comunitários,

familiares e individuais, interagem entre si, situando-se assim, em diversos níveis ecológicos de análise. Nesta perspetiva são então ponderados, fatores que vão desde um nível macroscópico (ex. fatores culturais) até um nível microscópico (ex. fatores relativos à criança). Estes fatores podem ser explicados da seguinte forma:

- Fatores sociais/culturais – fatores alusivos ao contexto cultural da sociedade que pode facilitar ou inibir a ocorrência de maus-tratos, dependendo de vários aspetos, sendo que os mais importantes são os respeitantes às atitudes face à violência, face à punição física e face à criança. Relativamente à atitude cultural face à criança, deve ser tida em conta, a crença já muito antiga, de que as crianças são propriedade dos pais, logo podem ser tratadas do modo que estes entenderem.

Na opinião de Belsky (1993) citado por Matos e Figueiredo (2001a), apesar dos avanços verificados na luta pelos direitos da criança, dificilmente os maus-tratos serão eliminados, enquanto os pais criarem os seus filhos numa sociedade onde a violência é tolerada, a punição física é utilizada como prática educativa e a própria paternidade é construída em termos de propriedade.

- Fatores da comunidade – estes fatores englobam: (1) o nível socioeconómico – embora controverso, muitos estudos indicam, que a prevalência dos maus-tratos à criança predomina nas classes mais desfavorecidas, o que pode estar correlacionado com o facto, de nestas classes sociais se recorrer mais à violência para a resolução de problemas (Browne e Saqui; Cerezo e D’Ocon citados por Matos e Figueiredo, 2001); (2) recursos e serviços da comunidade - os estudos revelam que quando existem mais serviços disponíveis, as taxas de maus-tratos são inferiores; (3) organização social - quando existe maior desorganização e falta de coerência social, a taxa de maus-tratos de crianças é mais elevada; (4) interação social - segundo os autores referidos, há evidência na literatura quanto à existência de ligação entre ligações sociais limitadas ou mesmo isolamento social e um elevado risco de maus-tratos e negligência à criança.

- Fatores familiares – relativamente aos *pais* que maltratam os seus filhos, demonstram ser menos apoiantes, menos responsivos às iniciativas das crianças e expressar menos afetos positivos, quando comparados com outros pais.

- Fatores individuais – estes fatores envolvem os pais e a criança.

No que concerne aos *pais* há a ter em conta: (1) *história de maus-tratos na infância* - este facto tem sido apontado como um dos fatores mais associados aos perpetradores de

maus-tratos à criança, pois verificou-se entre outros aspetos, que os pais vítimas de maus-tratos na infância, quando chegam à idade adulta, tendem a formar expectativas muito elevadas em relação aos seus filhos, procurando que estes lhe garantam as necessidades que não foram satisfeitas durante a sua própria infância; (2) *idade* – mães jovens apresentam um maior risco para maltratar os seus filhos, uma vez que, apresentam geralmente um conjunto de fatores de risco, tais como menos suporte social e nível socioeconómico mais baixo, que as conduzem tendenciosamente a exibir um comportamento parental menos adequado; *personalidade* - os pais maltratantes têm habitualmente dificuldade em controlar os seus impulsos, baixa autoestima e pouca competência empática; *psicopatologia* - segundo Belsky citado por Matos e Figueiredo (2001) de acordo com as primeiras teorias, os maus-tratos eram o resultado de doença mental, no entanto, estudos mais recentes revelam que apenas 10% dos pais maltratantes apresentam uma perturbação patológica, contudo, há evidências empíricas que associam os maus-tratos à presença de níveis elevados de depressão e de ansiedade dos pais; *recursos psicológicos* - existem dois recursos psicológicos que se considera estar ligados ao comportamento maltratante dos pais que são, a reatividade negativa perante acontecimentos adversos e o estilo atribucional em que se considera que os pais maltratantes dão muita importância a acontecimentos externos e instáveis e pouca importância a fatores internos e estáveis.

No que respeita à *criança*, os principais fatores associados são: *idade* – crianças entre os 3 e os 8 anos de idade constituem o grupo com maior número de maus-tratos o que pode estar relacionado com o facto de as crianças nesta faixa etária, serem ainda muito vulneráveis fisicamente, e por outro lado, poderem ser mais facilmente identificadas uma vez que frequentam a escola; *circunstâncias físicas e psicológicas* - aspetos relacionados com a prematuridade e o baixo peso à nascença, mas também, o comportamento disruptivo de algumas crianças pode predispor ao mau trato.

Canha (2003), e indo de encontro ao exposto anteriormente, refere que, na fisiopatologia do mau trato é classicamente considerada uma tríada de fatores de risco: fatores inerentes aos pais, fatores inerentes à criança, fatores associados geralmente a uma situação de crise familiar.

Fatores de risco inerentes aos pais: baixo nível socioeconómico e cultural; antecedentes de maus-tratos na sua própria infância; idade inferior a vinte anos (mães adolescentes sem apoio ou suporte familiar); atraso mental de um ou de ambos os progenitores;

personalidade imatura e impulsiva; personalidade com fraca tolerância às frustrações e ao stresse; ausência de hábitos de trabalho e/ou dependência económica de outrem; mudanças frequentes de parceiros e de residência; antecedentes de criminalidade; hábitos de alcoolismo ou de consumo de drogas.

Fatores de risco inerentes à criança: idade inferior a três anos; fruto de gravidez da mãe muito jovem, solteira ou só; fruto de gravidez não desejada; separação da mãe no período pós-parto; crianças gémeas; crianças que não correspondem às expectativas dos pais; crianças deficientes ou portadoras de doença crónica; crianças com atraso mental; crianças com alterações de comportamento; crianças com insucesso escolar.

Situações de crise: agravamento das dificuldades económicas; emprego precário ou perda de emprego; separação ou divórcio dos pais; depressão da mãe ou do pai; morte de familiar; acontecimento perturbador da dinâmica familiar.

1.5 CONSEQUÊNCIAS

Pinto (2001), refere que os maus-tratos têm vindo a ser considerados de importância fundamental, uma vez que colocam em risco o desenvolvimento e, por vezes, a própria sobrevivência da criança.

O mau trato pode provocar a morte (em particular no primeiro ano de vida), pode causar lesões cerebrais de que resultam défices neurológicos irreversíveis e ser responsável por sequelas a curto, médio e longo prazo, como por exemplo, os défices motores, as hemiplegias, as crises epilépticas, os défices visuais ou auditivos que podem conduzir à cegueira ou à surdez totais. O mau trato é ainda responsável por uma elevada taxa de morbilidade, com hospitalizações repetidas (por vezes prolongadas), e por necessidades acrescidas de apoios técnicos especializados que se traduzem em custos elevados para a comunidade, segurança social e para o País (Canha, 2003).

As principais sequelas a longo prazo incluem, o atraso de crescimento ponderal e estatural, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso de linguagem, dificuldades de relacionamento social com crianças e adultos, insucesso escolar, perturbações da personalidade, comportamentos sociais de risco, baixa da autoestima e da expectativa pessoal e profissional, aumento da delinquência e da criminalidade. Associada a todos estes problemas, é ainda de salientar, que a convivência diária com

um meio familiar violento e conflituoso, proporciona a aquisição de modelos de vida deturpados, considerados responsáveis pela perturbação da relação entre pais e filhos e pela transmissão do mau trato às gerações seguintes. Trata-se, pois, de uma patologia que nos deve preocupar não só pela sua frequência mas, essencialmente pelas suas consequências (*Idem*).

1.6 PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS

A intervenção em situações e/ou contextos de perigo exige dos profissionais perspicácia e tato, aliados a todo um conjunto de conhecimentos nesta área. A atuação neste campo tem de ser arguta, logo desde a suspeita e sinalização da potencial situação de perigo, até à deteção e intervenção nos casos de existência efetiva de maus-tratos.

Para Silva & Vieira (2001), o aumento dramático de sinalizações tem motivado que o sistema de proteção se focalize primeiramente na investigação e substanciação dos maus-tratos, atribuindo pouca atenção aos recursos de intervenção e à avaliação da sua eficácia.

Esta situação é agravada pela natureza dos efeitos negativos da violência familiar, não só para os próprios perpetradores dos maus-tratos e negligência, como para as suas vítimas no desenvolvimento psicológico e social a curto e a longo prazo.

Nas perspetivas ecológicas e transacionais, a prevenção e a intervenção nos maus-tratos envolvem mudanças simultâneas nos vários sistemas de interação: os pais, a criança ou jovem, a família, o meio e a cultura em que estão envolvidos (Calheiros, 2006; DGS, 2011).

Neste âmbito e tendo como enfoque principal a proteção da infância, a prevenção dos maus-tratos tem que ter uma prioridade fundamental.

Para Magalhães (2005, p.104), a prevenção classifica-se em três níveis:

Primária - prestação de serviços à população em geral, com o intuito de evitar o aparecimento de casos de maus-tratos;

Secundária - prestação de serviços a grupos específicos considerados em contexto de risco, a fim de tratar ou evitar novos casos;

Terciária - prestação de serviços a vítimas de maus-tratos, para minorar a gravidade das consequências e evitar a recidiva.

O objetivo principal da prevenção é a promoção das alterações económicas, culturais, pessoais e sociais necessárias para evitar ambientes disfuncionais, potenciadores de violência. Contudo, os programas de prevenção necessitam de adaptações às características individuais do vitimador e das suas relações familiares, assim como o tipo de interação e rede social (*Idem*).

A dimensão técnico-operativa baseada no novo paradigma da intervenção, caracterizado pela interdisciplinaridade e transversalidade das políticas e das práticas sociais sustentadas em programas e projetos e não em instituições, dificulta uma prevenção mais assertiva e direcionada.

Os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pode tornar-se, no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de maus-tratos, o primeiro interveniente de uma rede de apoio que favoreça a interrupção do ciclo da violência. O diagnóstico que permite o início da intervenção dos técnicos numa família em crise, constitui o primeiro passo de um longo percurso que visa a vigilância e segurança da criança.

É de realçar o n.º 1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro onde se pode ler que, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. Constitui um princípio orientador do exercício profissional de enfermagem, nos termos da alínea b) do n.ºs 2 do Artigo 78º do CDE, “o respeito pelos direitos humanos” e pela alínea c) do Artigo 81º do CDE (Lei 111/2009 de 16 de Setembro).

De facto, têm existido avanços na área da criança e família em contexto de perigo e atualmente ganha particular destaque, a violência sobre as crianças, que se mantém enquanto fenómeno social e muitas vezes como fenómeno invisível.

O relatório da ONU citado pela Ordem dos Enfermeiros (2007) sobre violência nas crianças, revela números assustadores e que nos devem fazer refletir: cerca de 53000 crianças entre os 0 e os 17 anos de idade foram vítimas de homicídio; 5.7 milhões de crianças realizavam trabalhos forçados ou em regime de servidão; 1.8 milhões estavam envolvidos na prostituição e pornografia; 1.4 milhões vivem vítimas de VIH/Sida, cerca de 250000 são utilizadas por forças armadas governamentais ou por grupos de oposição armada; 1.2 milhões foram vítimas de tráfico no ano 2000 e um terço dos nascimentos

no mundo não tem registo de cidadania engrossando deste modo o número daqueles que oficialmente não existem. Assim, todas as ações praticadas junto das crianças que não tenham na sua génese o respeito pelos direitos da criança e exerçam formas de violência (física, psicológica, emocional ou outras), assim como as que não garantam os cuidados necessários à satisfação das necessidades humanas básicas a qualquer criança, constitui também uma forma de violência.

Torna-se assim pertinente apresentar o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros (EP03/07) de 15 de Março de 2007, que refere:

- “a) Que a proteção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações.*
- b) Que em todas as situações deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o que não acontecendo constitui também uma forma de violência infantil.*
- c) Que o enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência, atendendo ao contexto concreto.”*

De facto, o enfermeiro enquanto profissional de saúde no geral e como profissional do cuidado humano em particular assume, um papel primordial na defesa dos direitos da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Neste contexto, é importante em primeira instância investigar a existência de uma rede de apoio primária, ou seja, no contexto da família mais próxima averiguar se existe alguém que possa servir de exemplo e conduzir intervenções úteis e assertivas. Quando tal não é possível, é necessário mobilizar apoios existentes numa rede secundária, com recurso a pessoas e/ou Instituições da comunidade local, que não sendo da família podem desenvolver mecanismos de apoio com o intuito de eliminar ou minimizar o perigo.

Todas as medidas de proteção têm como intuito o afastamento do perigo, criando condições de proteção e promoção da segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento e/ou recuperação física e psicológica da criança/jovem vitimizada.

1.7 NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

A prevenção deve ser a grande aposta de todos quanto lidam com esta problemática porque só assim se pode minimizar este flagelo. O contacto com estas situações é um grande desafio para todos os profissionais que estão diretamente ligados com estas causas e cabe-lhes os três níveis de prevenção e intervenção.

A complexidade das situações e a peculiaridade de cada uma em si mesma obedece a uma abordagem pluridisciplinar, sistémica e holística, tanto na abordagem da situação *per si*, como nas estratégias de prevenção ou ainda, quando não é possível, a prevenção ter uma intervenção sempre com o intuito do superior interesse da criança.

A intervenção deve pautar-se por uma boa articulação entre as instituições e recursos, sobretudo na esfera da intervenção de primeiro nível.

Recai sobre as entidades implementadas na comunidade a responsabilidade primária de proteger as crianças zelando pela promoção dos seus direitos. No entanto, a este nível, a intervenção só pode ser efetuada com o consentimento dos pais, representantes legais ou que tenha a guarda de facto da criança ou jovem. No nível seguinte, cabe às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) intervir na situação de perigo, mas também mediante consentimento. Na impossibilidade de intervenção das CPCJ, por ausência de consentimento dos progenitores ou por incumprimento reiterado do acordo de promoção e proteção, tem lugar a intervenção judicial. Ao nível administrativo (CPCJ) e judicial (Tribunais), a avaliação de uma situação de perigo pode resultar na aplicação de uma Medida de Promoção e proteção (Lei n.º 147/99 citada por Pereira e Santos, 2011).

Neste domínio, segundo a DGS (2011), a intervenção da Saúde enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, de acordo com o regime jurídico consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) em que esta ação se processa segundo um modelo que estabelece três níveis de intervenção (Figura 1), articulados e complementares:

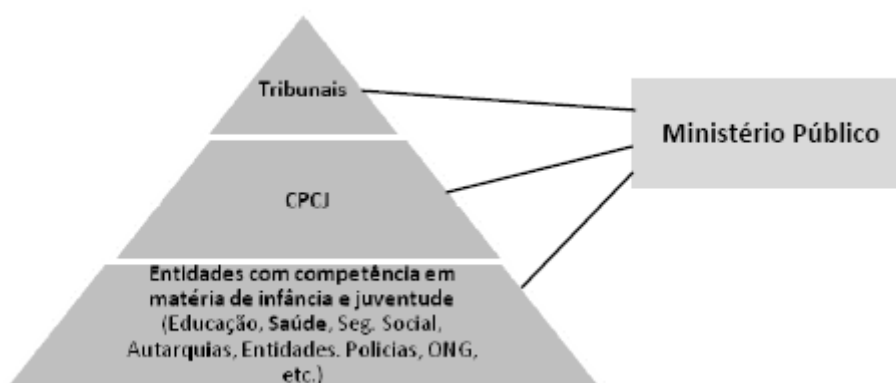
No primeiro nível - intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, que têm como intuito a

promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo, em particular;

No segundo nível - quando não é possível às entidades de primeiro nível atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a saúde também tem um representante e participa de forma ativa;

No terceiro nível - refere-se à intervenção judicial, que se pretende seja residual, à qual cabe assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo.

Figura 1 – Níveis de intervenção



Fonte: DGS, 2011, p. 26

Neste contexto, e de acordo com a DGS (2011), os Serviços de Saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os Agrupamentos de Centros de Saúde/Centros de Saúde e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o Princípio da Subsidiariedade.

Neste âmbito, os Serviços de Saúde têm legitimidade - direito e obrigação - no que concerne a intervir para a proteção da criança ou jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar.

Acresce ainda, que constituindo os maus-tratos em crianças e jovens um crime público, o procedimento criminal não depende da apresentação de queixa por parte da vítima ou

de quem detenha as responsabilidades parentais da mesma (art.º 152º - A, art.º 152º - B e art.º 178º do Código Penal e art.º 70º da Lei 147/99 de 1 de Setembro), logo os profissionais de saúde que da situação tenham conhecimento, devem denunciá-la, por escrito, ao Ministério Público do Tribunal Judicial. Esta denúncia não tem tempo limite para ser apresentada e deverá acontecer depois de ponderar e assegurar que a proteção da criança/jovem não será posta em causa por tal diligência (art.º 70º da Lei 147/99 de 1 de Setembro).

É de salientar, segundo, Machado, Gonçalves e Vila-Lobos (2003), que a intervenção deverá respeitar e aceitar as competências da família, sem a confrontar com uma panóplia de técnicos e serviços. A escolha das estratégias de intervenção, deverá em cada caso, atender ao princípio da intervenção mínima, desde que esta permita pôr fim à situação de maus tratos e restabeleça o bem-estar dos sujeitos envolvidos.

O art.º3º, da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, refere que a legitimidade da intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e jovem, existe quando:

- a) Sempre que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento;
- b) Ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto não se oponham de modo adequado a removê-lo.

De acordo com a Lei citada, considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que

os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

A presença das várias equipas no terreno, é sem dúvida, de uma importância incontestável na medida em que a sua atuação numa área tão vulnerável pode prevenir e/ou encaminhar as situações de risco e perigo de forma assertiva e precoce, minimizando ou mesmo evitando eventuais prejuízos irreversíveis na criança ou jovem, através de uma correta articulação de meios e serviços. No entanto, é importante realçar que em toda e qualquer intervenção independente da equipa que se encontra a intervir, deverão estar sempre presentes e fazer-se respeitar os princípios orientadores da intervenção patentes no Artigo 4º da Lei nº147/99 e que refere:

A intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo obedece aos seguintes princípios:

a) Interesse superior da criança e do jovem - a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;

b) Privacidade - a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

c) Intervenção precoce - a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;

d) Intervenção mínima - a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;

e) Proporcionalidade e atualidade - a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo em que a criança ou o jovem se encontram no momento em que a decisão é tomada e só pode interferir na sua vida e na da sua família na medida do que for estritamente necessário a essa finalidade;

f) Responsabilidade parental - a intervenção deve ser efetuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;

g) Prevalência da família - na promoção de direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adoção;

h) Obrigatoriedade da informação - a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

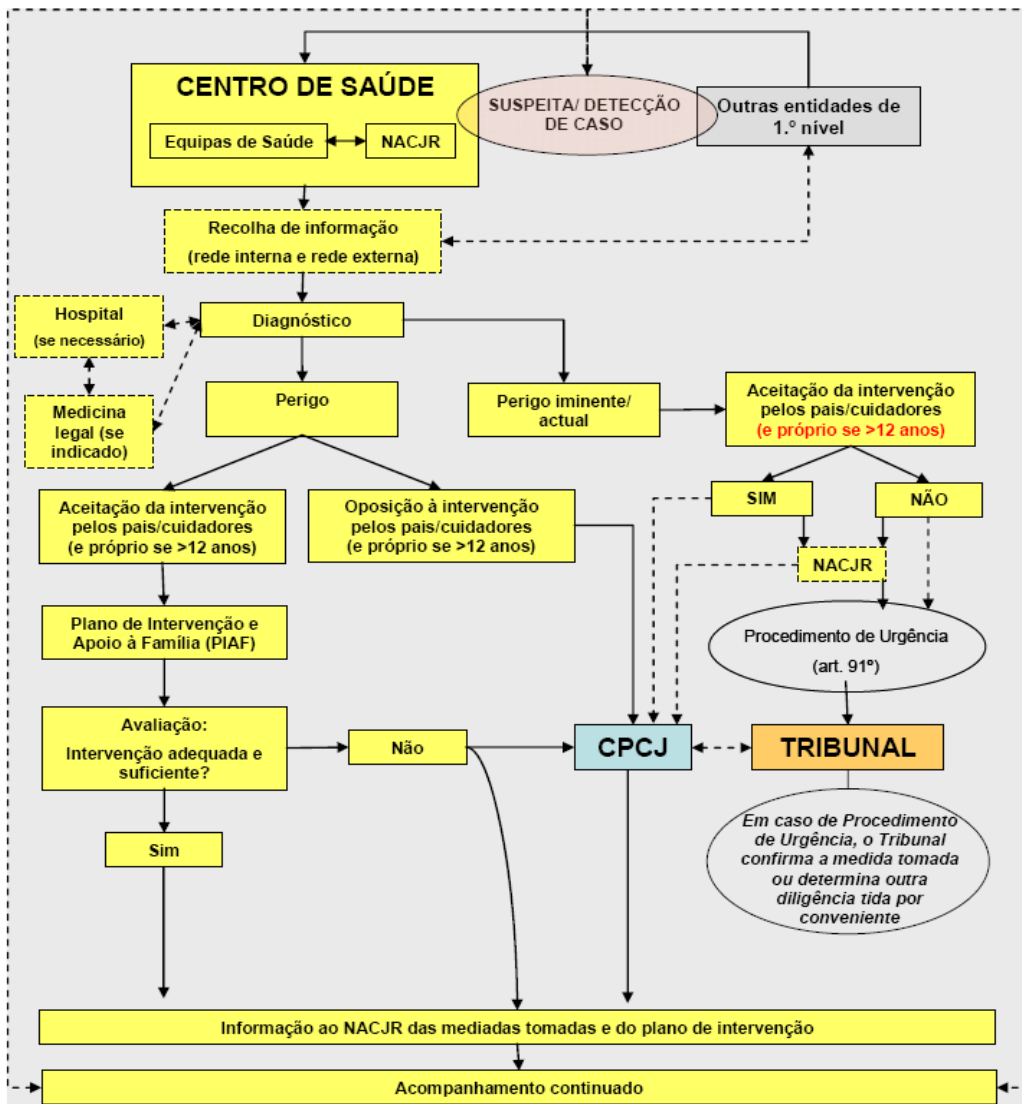
i) Audição obrigatória e participação - a criança e o jovem, em separado ou na companhia dos pais ou de pessoa por si escolhida, bem como os pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e de proteção;

j) *Subsidiariedade* - a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

Segundo Almeida (2004), a equipa de saúde que trata destas crianças é necessariamente vasta, mas deve ser coerente na sua intervenção. O Médico, o Psicólogo, o Técnico Superior de Serviço Social, o Enfermeiro, o Juiz de Família e Menores, têm uma oportunidade de formarem um modelo de cooperação pluridisciplinar em que exista uma verdadeira articulação em rede.

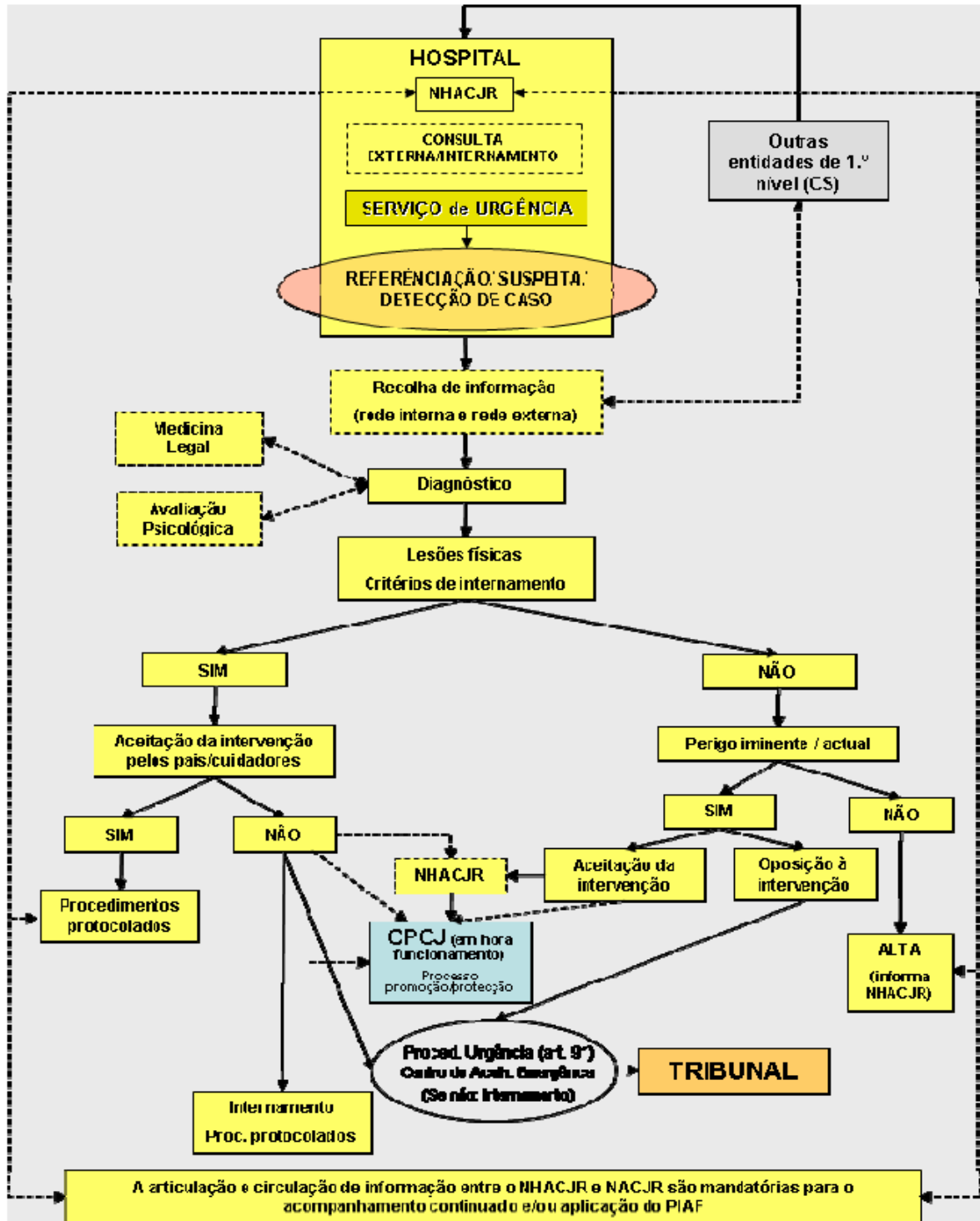
A intervenção a nível dos Cuidados de Saúde Primários deve reger-se segundo um modelo de efetiva articulação, tal como é representado na figura 2 (DGS, 2007).

Figura 2 – Intervenção nos Centros de Saúde



É fundamental que o processo de intervenção com estas crianças e famílias seja pautado por ações assertivas dos vários técnicos envolvidos numa articulação efetiva que promova o bem-estar da criança/jovem, tal como se apresenta na figura 3.

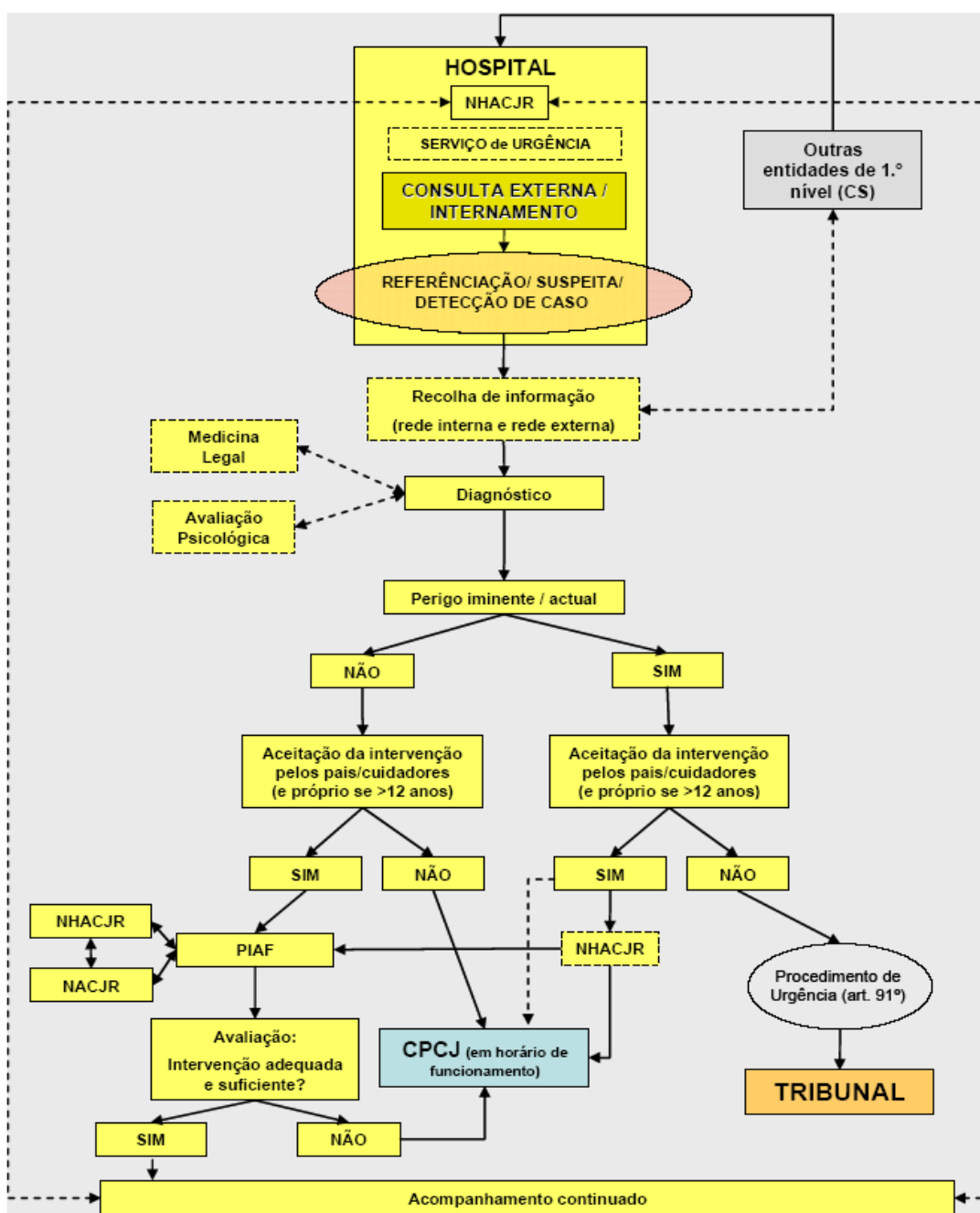
Figura 3 – Intervenção nos Hospitais – Serviço de Urgência



Fonte: DGS, 2007, p.31

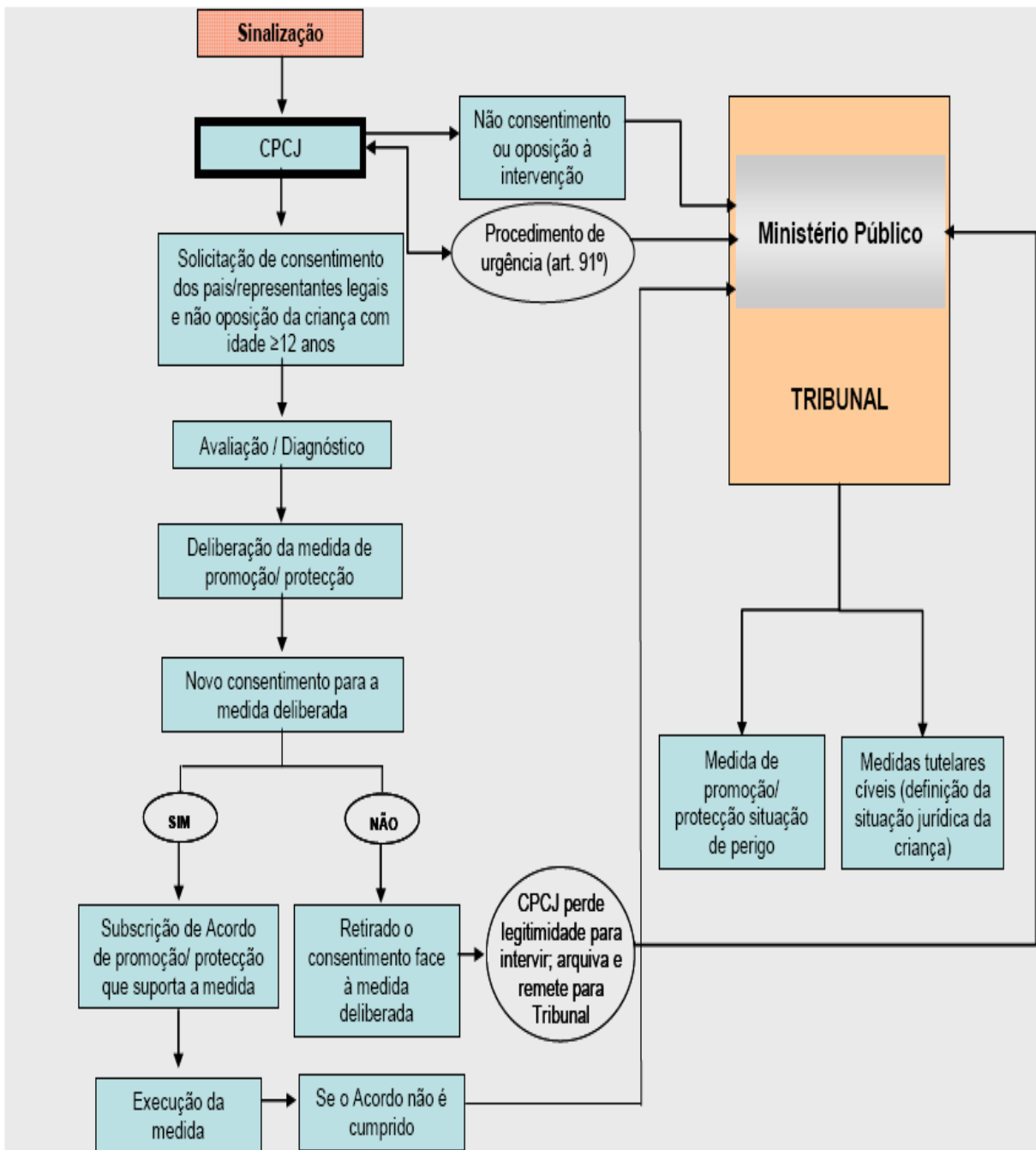
Também a nível hospitalar, nomeadamente do serviço de nível da consulta externa ou de internamento, a intervenção adequada e atempada será fundamental para obter uma intervenção preventiva com os objetivos centrais de proteger a criança ou jovem, aumentando as suas competências, reduzir possíveis sequelas na vítima e na família e prevenir a reincidência dos fenómenos causadores de sofrimento e de compromisso para o desenvolvimento da criança/jovem (figura 4).

Figura 4 – Intervenção nos Hospitais – Consulta e Unidades de Internamento



Como se apresenta na figura 5, após a sinalização de uma situação por parte das entidades de primeira instância, à CPCJ, esta deverá obter o consentimento dos pais, representante legal ou quem tem a guarda de facto da criança e dar seguimento ao processo de promoção e protecção. Caso não haja consentimento ou se verifique oposição à intervenção, dará então prosseguimento para um procedimento de urgência e/ou solicitação de intervenção judicial (DGS, 2007).

Figura 5 – Intervenção das CPCJ e dos Tribunais



Fonte: DGS, 2007, p.36

A necessidade de intervenção judicial, deve ser acompanhada por uma descrição tão detalhada, quanto possível, da situação, respeitando a privacidade da criança/jovem envolvidos. Esta descrição deve contemplar as providências que foram tomadas para a proteção e promoção da criança/jovem, assim como todas as diligências relevantes para apreciação da situação (DGS, 2007; DGS 2011).

Em todos estes contextos, ressalta a importância de que os planos de intervenção devem integrar os recursos disponíveis de forma a dar respostas individuais e adaptadas, no sentido de uma intervenção sistémica e articulada.

1.8 O PAPEL DA SAÚDE NA PROTEÇÃO À INFÂNCIA

A proteção à infância consiste em garantir a integração das crianças nos seus grupos de convivência naturais, em condições que possibilitem a sua participação na vida familiar, social, cultural e económica, potenciando o seu desenvolvimento como indivíduos. O Sistema de Proteção à Infância inclui um amplo espectro de pessoas, desde os pais e os cidadãos, em geral, até às instituições com competências em matéria de proteção à infância (CNPCJR, 2010).

A deteção e sinalização das situações de maus-tratos contra as crianças constituem o início do processo de proteção, que envolve um conjunto de profissionais bastante heterogéneo, designadamente técnicos dos serviços sociais, profissionais de saúde, psicólogos, fiscais, juizes, professores, educadores, e outros, e que têm funções diferenciadas.

Os profissionais dos serviços de saúde são fundamentais em todo o processo de proteção à infância. As suas funções ultrapassam a deteção dos casos de maus-tratos e são determinadas em articulação com outros profissionais também envolvidos. Além disso, ao coletivo dos profissionais de saúde compete, em primeira instância o trabalho na prevenção primária, depois o diagnóstico das lesões por maus-tratos, o que é fundamental para a investigação criminal e avaliação do caso. Participa também na elaboração do plano de intervenção e contribui para a intervenção psicossocial, motivando os pais/cuidadores e facilitando a comunicação com eles. A sua participação na monitorização dos casos também é fundamental para verificar se a criança está a evoluir adequadamente (CNPCJR, 2010).

Face aos aspetos até agora apontados e a todo o sofrimento inerente ao mau trato, torna-se importante, um correto despiste quando já não é possível, um rápido e perspicaz diagnóstico destas situações.

Neste âmbito e segundo Cardoso, Santana e Ferriani (2006), o setor da saúde constitui o espaço privilegiado para onde converge o maior contingente das vítimas de violência. Não existem dúvidas que o fenómeno da violência representa um problema de saúde, e que exige uma abordagem multidisciplinar, com recursos e conhecimentos adequados.

Os casos que envolvem vítimas de maus-tratos são recebidos diariamente nos serviços de saúde, porém, algumas vezes, o profissional não consegue identificá-los.

A maioria dos maus-tratos ocorre no seio da família daí que seja primordial perceber que se está perante uma família “doente”. Assim, para que a identificação destes casos aconteça, é imprescindível que o Enfermeiro que trabalha em Cuidados de Saúde Primários, num contexto de proximidade com as famílias, tenha conhecimento dos sinais e esteja sempre atento para suspeitar dessa possibilidade, quando ela não for declarada pelo acompanhante da criança (Cardoso, Santana e Ferriani, 2006).

Segundo Canha (2003), as linhas orientadoras da equipa responsável por estes casos, no Hospital Pediátrico, têm em consideração que só será possível a recuperação da criança se houver uma estreita colaboração entre os técnicos que integram essa equipa e os elementos da família. A atitude comprovadamente mais adequada e mais eficaz, é a atitude de prudência e calma, evitando juízos de crítica ou punição, mostrando compreensão, respeito e sentido de ajuda. O principal objetivo da equipa deve ser o da proteção da criança e intervenção na família, criando as condições para o seu regresso ao domicílio sem riscos, de forma a evitar que os maus-tratos continuem.

Existem situações em que é necessária a separação temporária da criança do seu ambiente familiar, concomitantemente com o início de todas as medidas para o estudo familiar e social completo. A separação da criança pode ser executada através do internamento hospitalar, se a situação clínica o exigir, ou através do recurso a um elemento da família que mereça confiança, a um centro de acolhimento ou a uma instituição, enquanto se processa o estudo da solução alternativa mais adequada. Independentemente da solução encontrada para cada caso, as crianças e suas famílias devem ter um acompanhamento regular e contínuo com visitas domiciliárias. O diagnóstico que permite o início da intervenção dos técnicos numa família em crise

constitui, o primeiro passo de um longo percurso que visa a vigilância e segurança da criança (*Idem*).

Vários estudos comprovaram que o apoio domiciliário contribui, entre outros benefícios, para a redução do número de crianças maltratadas ou negligenciadas, o número de nascimentos não programados, a menor dependência das famílias da segurança social e a menor violência dentro da família. A estratégia inovadora de intervenção no Hospital Pediátrico de Coimbra, utilizada pelo Núcleo de Estudo da Criança de Risco, com recurso a uma pessoa de referência, tem demonstrado resultados encorajadores para o sucesso no seguimento destas crianças e suas famílias. Isto consiste em investir na procura em cada agregado familiar, essencialmente na família alargada, de um elemento idóneo que mereça confiança e seja aceite e respeitado na família e na comunidade, com capacidade de exercer alguma autoridade e possa servir de modelo, impondo regras e normas de vida (Canha, 2003).

As Leis, reflexo de uma consciência social mais ampla, dotaram as crianças de um regime jurídico de proteção que começa na própria sociedade. Assim, todos os cidadãos que detetem uma situação de risco ou de perigo de uma criança, são obrigados a prestar-lhe auxílio imediato e a comunicar o facto à autoridade ou aos seus agentes mais próximos (CNPCJR, 2010).

Esta obrigação genérica converte-se em específica quando se refere ao dever dos profissionais de saúde de utilizarem os meios necessários para proteger a criança vítima de maus-tratos, ou outra situação de perigo, e levar a situação ao conhecimento da autoridade competente.

O setor da saúde tem um protagonismo especial na deteção precoce dos maus-tratos às crianças, no seu tratamento e, essencialmente, na sua prevenção. Os contextos onde os profissionais de saúde exercem as suas funções, seja na consulta, através de exames de rotina, seja nos serviços especializados do hospital, nos serviços de urgência, ou na comunidade, convertem-se em locais de observação privilegiados. Por vezes é necessário intervir imediata e diretamente nas lesões da criança e tomar decisões acerca da causa das mesmas, isto é, se são acidentais ou provocadas. Outras vezes, sem que seja necessário intervir diretamente nos casos mais graves, o pessoal de saúde tem acesso, através do exame físico, da anamnese e da comunicação com os pais ou cuidadores, a uma série de sinais e indicadores físicos, emocionais e comportamentais

das crianças e dos seus cuidadores, que podem levar a suspeitar da existência de maus-tratos. Os profissionais da saúde podem aceder a informações que não estão disponíveis a outros profissionais. Além disso, praticamente toda a população recorre, num momento ou outro da sua vida, aos centros de saúde ou tem contacto com o pessoal de saúde. Sobretudo a população de crianças com menos de cinco anos de idade, que é extremamente vulnerável aos maus-tratos, ou outras situações de perigo, é a que pode ser especialmente favorecida pela ação dos profissionais de saúde, porquanto os mais pequenos ainda não têm oportunidade de frequentar obrigatoriamente outros contextos normalizados, como por exemplo a escola.

Segundo a DGS, 2011, os maus-tratos em crianças e jovens são entendidos, hoje, como um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial.

A cultura tradicional - em que as crianças e os jovens nem sempre têm sido encarados como sujeitos de plenos direitos - a complexidade deste tipo de questões e a diversidade nas formas de expressão clínica têm dificultado a concretização de respostas concertadas e efetivas por parte dos serviços e dos profissionais de saúde.

A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, criada pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro, veio estruturar e operacionalizar a intervenção neste domínio, assim como promover as boas práticas face a este problema de saúde.

1.9 MEDIDAS DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO

Este capítulo tem como intuito definir e fazer o enquadramento teórico das medidas de proteção de acordo com a Legislação vigente.

De acordo com o artigo 34º da Lei nº147/99 e Lei nº31/2003 de 22 de Agosto, as medidas de promoção dos direitos e de proteção das crianças e dos jovens em perigo, designadas por medidas de promoção e proteção, têm como finalidade:

- a) *Afastar o perigo em que estes se encontram;*
- b) *Proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral;*
- c) *Garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.*

As medidas de promoção e proteção são as enunciadas no ponto 1 do artigo 35º da referida Lei, e que a seguir se descrevem de forma resumida

Medidas no meio natural de vida:

a) *Apoio junto dos pais* - consiste em proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica.

b) *Apoio junto de outro familiar* - consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de um familiar com quem resida ou a quem seja entregue, acompanhada de apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica.

c) *Confiança a pessoa idónea* – consta da colocação da criança ou do jovem sob a guarda de uma pessoa que, não pertencendo à sua família, com eles tenha estabelecido relação de afetividade recíproca.

d) *Apoio para a autonomia de vida* - consiste em proporcionar diretamente ao jovem com idade superior a 15 anos apoio económico e acompanhamento psicopedagógico e social, nomeadamente através do acesso a programas de formação, com o intuito de lhe proporcionar condições que o habilitem e lhe permitam viver por si só e adquirir progressivamente autonomia de vida. Esta medida também pode ser aplicada a mães com idade inferior a 15 anos, quando se verifique que a situação aconselha a aplicação desta medida.

Medidas de colocação:

e) *Acolhimento familiar* - atribuição da confiança da criança ou do jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito, com o objetivo da sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades, bem-estar e a educação necessária ao seu desenvolvimento integral. Podem constituir-se famílias de acolhimento em lar familiar ou em lar profissional: a *família de acolhimento em lar familiar* é constituída por pessoas que se encontrem na situação de duas pessoas casadas entre si ou que vivam uma com a outra há mais de dois anos em união de facto ou parentes que vivam em comunhão de mesa e habitação; por outro lado, a *família de acolhimento em lar profissional* é constituída por uma ou mais pessoas com formação técnica adequada.

O acolhimento familiar pode ser de curta duração ou prolongado, sendo que o acolhimento de curta duração ocorre quando seja previsível o retorno da criança ou do

jovem à família natural em prazo não superior a seis meses; o acolhimento prolongado ocorre nos casos em que, sendo previsível o retorno à família natural, circunstâncias relativas à criança ou ao jovem exijam um acolhimento de maior duração.

f) Acolhimento em instituição – medida de colocação que vai ser aprofundada no ponto seguinte (1.9.1).

g) Confiança a pessoa selecionada para a adoção ou a instituição com vista a futura adoção - consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda do candidato selecionado para a adoção pelo competente organismo de Segurança Social, ou na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de instituição com vista a futura adoção. Esta medida ocorre até ser decretada a adoção e não está sujeita a revisão. É aplicável o artigo 167º da Organização Tutelar de Menores e não há lugar a visitas por parte da família natural. Até ser instaurado o processo de adoção, o tribunal solicita, de seis em seis meses, informação ao organismo de segurança social sobre os procedimentos em curso com vista à adoção.

Neste contexto é também pertinente referir, de acordo com o artigo 35º da Lei nº147/99:

2 - As medidas de promoção e de protecção são executadas no meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza, e podem ser decididas a título provisório.

3 - Consideram-se medidas a executar no meio natural de vida as previstas nas alíneas a), b), c) e d) do nº 1 e medidas de colocação as previstas nas alíneas e) e f); a medida prevista na alínea g) é considerada a executar no meio natural de vida no primeiro caso e de colocação no segundo.

4 - O regime de execução das medidas consta de legislação própria.

No ponto seguinte é abordada de forma mais aprofundada a Medida de Protecção de Acolhimento em Instituição que é parte integrante do tema central deste estudo.

1.9.1 Acolhimento em Instituição

A Lei nº 147/99 com as alterações impostas pela Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto, define, no artigo 49º, acolhimento em instituição da seguinte forma:

A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Importa referir também as modalidades de acolhimento em instituição, que segundo o artigo 50º da referida Lei podem ser:

- 1 - O acolhimento em instituição pode ser de curta duração ou prolongado.*
- 2 - O acolhimento de curta duração tem lugar em casa de acolhimento temporário por prazo não superior a seis meses.*
- 3 - O prazo referido no número anterior pode ser excedido quando, por razões justificadas, seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da respetiva situação e à definição do encaminhamento subsequente.*
- 4 - O acolhimento prolongado tem lugar em lar de infância e juventude e destina-se à criança ou ao jovem quando as circunstâncias do caso aconselhem um acolhimento de duração superior a seis meses.*

As instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas, mas todas possuem acordo de cooperação com o Estado (artigo 52º).

De acordo com o artigo 53º da Lei nº 147/99, as instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas em unidades que favoreçam uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade da criança ou jovem sujeito a esta medida. Neste contexto, o regime aberto implica a livre entrada e saída da criança e do jovem da instituição, atendendo às normas gerais de funcionamento, tendo apenas como limites os resultantes das suas necessidades educativas e da proteção dos seus direitos e interesses. Os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto podem visitar a criança ou o jovem, de acordo com os horários e as regras de funcionamento da instituição, exceto decisão judicial contrária.

As instituições dispõem necessariamente de uma equipa técnica, que tem a responsabilidade do diagnóstico da situação da criança ou do jovem acolhidos e a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção. Esta equipa técnica deve ter uma constituição pluridisciplinar e integrar as valências de psicologia, serviço social e educação. A equipa técnica deve ainda dispor da colaboração de pessoas com formação na área de medicina, direito, enfermagem e, no caso dos lares de infância e juventude, da organização de tempos livres (artigo 54º).

A situação jurídica da criança ou jovem em situação de acolhimento está regularizada quando, no âmbito de um Processo de Promoção e Proteção da responsabilidade da CPCJ ou do Tribunal, é aplicada uma Medida de Promoção e Proteção ou é atribuída outra figura jurídica Tutelar Cível (ISS, 2012).

De acordo com o que já foi referido e segundo Freitas (2009), a entrada em vigor a Lei nº 147/99, que aprova a denominada Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, tem o propósito de regular a intervenção do Estado e da comunidade nas situações de crianças em perigo, com necessidades de proteção social. Neste contexto, aos pais, assiste o direito à educação e à subsistência dos filhos, e ao Estado (imperativo constitucional) e à comunidade (dever de solidariedade), o compromisso de intervir quando, perante uma situação de perigo, os pais não estão em condições ou não querem intervir ou ainda, quando são eles próprios os causadores do perigo.

Estes desígnios implicam uma intervenção baseada em princípios orientadores, salientando-se, entre outros: a necessidade de intervenção mínima e salvaguarda do interesse superior da criança; o respeito à dignidade e imagem das crianças e das suas famílias; a necessidade de uma intervenção precoce, que garanta à criança proteção sempre e logo que, se detete o perigo; a prevalência na família e responsabilidade paternal, que obrigam a que seja dada prioridade às medidas que não separem a criança da família e que proporcionem aos pais condições para assumirem os seus deveres para com os filhos (Lei nº 147/99).

A Lei de Proteção pretende encontrar entendimento entre o direito constitucional dos pais de educarem os filhos e o direito das crianças, também ele tutelado pela Constituição, de serem protegidas contra o exercício abusivo do poder paternal ou de formas de autoridade. O aumento de casos de crianças e jovens em risco, cujas famílias não proporcionam as condições necessárias ao seu desenvolvimento, conduz inevitavelmente ao encaminhamento dessas situações para respostas alternativas, a curto ou a longo prazo, à família natural, enquanto esta não tenha condições de assegurar as suas funções. Estas respostas passam por um acolhimento de emergência, acolhimento temporário e/ou acolhimentos de longa duração. Este último, destinado a situações de crianças e jovens cujas problemáticas justificam o afastamento absoluto em relação às famílias de origem. Assim, o lar é então uma resposta social que surge da necessidade de acolher crianças e jovens que, por razões de disfunções graves ou outras, careçam de apoio de uma estrutura residencial que lhe proporcione, não só as necessidades de socialização inerentes à face de desenvolvimento, mas também o papel complementar que lhe cabe na ação educativa (Freitas, 2009).

As respostas sociais de acolhimento para crianças e jovens em risco implementadas nos países europeus são muito variadas e partem de diferentes pressupostos, em função dos

respetivos quadros normativos. Como alguns autores sugerem (Milham et al., 1986, citados por Carvalho, 2013), ao falar-se de sistemas de acolhimento institucional numa perspetiva comparada no espaço da União Europeia, a única característica comum será a existência de um equipamento físico, “a cama”, que não é disponibilizado pela família mas antes por uma entidade ou por outros.

Não existe, informação suficiente e consistente que permita o estabelecimento de uma comparação fidedigna sobre a situação de acolhimento em instituição no contexto europeu. No entanto, tendo por base os documentos das entidades europeias produzidos na tentativa de regulação normativa, é possível destacar alguns pontos (FICE, 2008; Eurochild, 2010; Santos, 2010, citados por Carvalho 2013): estima-se que 1% das crianças residentes no espaço da União Europeia estejam integradas em sistemas de acolhimento, sendo esta proporção muito variável de país para país (a Lituânia tem cerca de 2,2% e a Holanda apenas 0,6%); os números de crianças acolhidas, por país, têm-se mantido estáveis ou em crescimento, não se registando tendência para a sua diminuição; a inadequação da intervenção parental é um dos fatores mais referenciados nos projetos de vida das crianças acolhidas, independentemente do país; grande parte das crianças e jovens em acolhimento não se insere na categoria “sem família”, mas são antes oriundos de “famílias (multi)problemáticas”; pobreza e exclusão social constituem fatores de risco acrescido estando entre as principais problemáticas referenciadas nos percursos de vida das crianças e jovens com maior probabilidade de serem acolhidos institucionalmente; apesar das orientações internacionais irem no sentido oposto, pelos efeitos prejudiciais ao desenvolvimento da criança, a institucionalização de crianças entre os 0-3 anos de idade continua a ser uma prática em vários países; a investigação demonstra que as crianças acolhidas, tanto em famílias como em instituições, apresentam uma maior probabilidade de vir a ter uma trajetória de vida marcada por situações de desvio ou marginalidade do que crianças não acolhidas (i.e. têm maior probabilidade de virem a experimentar situações como sem abrigo, de cometer crimes, de ter filhos antes de atingirem os 20 anos de idade e de ter os seus próprios filhos institucionalizados num percurso de reprodução social). A este conjunto de indicadores, acresce o facto de diversos países não terem, até à data, promovido as condições para a efetivação plena de princípios de qualidade.

Em Portugal, a institucionalização de crianças e jovens em perigo, embora considerada a última medida a aplicar em termos de proteção infantil, é a que alcança maior

expressão, em particular o acolhimento institucional prolongado de menores em perigo (Carvalho e Manita, 2010).

De acordo com os dados publicados pelo Plano de Intervenção Imediata do ISS (2009), em 2006 existiam em Portugal 354 instituições de acolhimento de crianças e jovens, das quais 230 eram Lares de Infância e Juventude, 94 Centros de Acolhimento Temporário, 3 Centros de Acolhimento de Emergência, 3 Apartamentos de Autonomização, 7 Centros de Apoio à Vida e 17 Lares Residenciais.

Dados reportados ao ano de 2011, referem a existência no país de 261 Lares de Infância e Juventude e de 139 Centros de Acolhimento Temporário (Cunha, 2012).

Desse universo de instituições, somente 5,5% são equipamentos estatais e de gestão pública, sendo de assinalar que a esmagadora maioria (69%) são propriedade e são geridos por instituições religiosas ou de natureza religiosa. Os restantes 26% estão na dependência ou são propriedade de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPPS), Fundações ou Cooperativas de natureza secular (Carvalho, 2013).

Uma análise de 2006 a 2013 aponta para uma diminuição de 31 por cento. Em 2006 estavam em instituições de acolhimento 12.245 crianças e jovens, em 2007 o número desceu para os 11.362, em 2008, para 9.556, em 2009, para 9.563, em 2010, para 9.136, em 2011, para 8.938, em 2012, para 8.557 e em 2013, para 8.445; no entanto, em Portugal, o recurso a medidas de colocação institucional ainda se traduz, para muitas crianças e jovens, como a solução mais adequada, ainda que desejavelmente transitória (CNIS, 2014).

De acordo com o relatório CASA 2013, as instituições de acolhimento, nomeadamente os Lares de Infância e Juventude (LIJ) e Centros de Acolhimento Temporário (CAT) são as respostas que mais representam a prevalência de uma cultura de institucionalização, acolhendo 7.530 (89%) das 8.445 crianças e jovens, em situação de acolhimento. A colocação em famílias de acolhimento, em Portugal, assume ainda uma reduzida representatividade (apenas cerca de 374 crianças e jovens) apesar de, segundo a presidente do Instituto de Segurança Social, ser considerada a mais adequada para as crianças até aos três anos (*Idem*).

No que concerne à distribuição das crianças e jovens em acolhimento, são os Distritos do Porto, de Lisboa e de Braga que registam números absolutos mais elevados,

respetivamente, 1 805, 1 591 e 680. Os Distritos de Beja, Portalegre a Évora são os que apresentam números absolutos de crianças e jovens em acolhimento mais reduzidos, com 101, 108 e 162, respetivamente. Relativamente às saídas do sistema de acolhimento, são igualmente, os Distritos do Porto, Lisboa e Braga que mais contribuíram para as saídas com 468, 544 e 239 respetivamente. Por outro lado, é também pertinente referir, que os Distritos de Portalegre, Beja, Castelo Branco e **Guarda** são os que apresentam o menor número absoluto de crianças e jovens com cessação do acolhimento, com apenas 21, 26, 37 e 38 respetivamente (ISS, 2012).

Segundo Martins (2005) embora o acolhimento institucional de menores, sem suporte familiar adequado, seja encarado por muitos com reservas, a sua necessidade impõe-se, dadas as enormes solicitações deste tipo de serviços e a inexistência, até à data, de medidas alternativas capazes de lidar com essas solicitações. Sendo necessária, não significa porém, que deva ser aplicada de forma arbitrária, nem sequer recorrente, embora o seja frequentemente no nosso País.

Tal como é destacado por Valle e Zurita (2000), as instituições de acolhimento podem não ser melhores do que uma boa família, mas muitas delas são preferíveis a uma vida familiar disfuncional, de rua ou outro qualquer registo de vida inadequado para a criança, desde que sejam garantidas as condições materiais e relacionais necessárias ao adequado desenvolvimento destas crianças.

Segundo a Direção Geral da Ação Social (DGAS), citada por Freitas (2009), a admissão de crianças e jovens num lar deve ocorrer quando há necessidade de substituição provisória do meio familiar, rejeição ou conflito com o meio familiar ou social de que decorra risco de marginalização, e/ou necessidade de apoio nos casos de prosseguimento do ensino, formação pré-profissional ou obtenção de emprego que implique a desintegração do seu ambiente normal. Deste modo, a colocação deverá ser preferencialmente num lar próximo à área de residência habitual, de modo a evitar rutura dos laços familiares e desintegração da comunidade local. No caso de existirem irmãos, deve-se evitar a sua separação.

A instituição, a par de situações de adoção ou de regresso à família de origem, é uma solução de carácter “definitiva” para a criança e jovem que é acolhida. No entanto, não significa que, em qualquer momento não seja possível encaminhá-la para a situação que se mostra mais adequada ao seu desenvolvimento harmonioso, nomeadamente o retorno

à família natural, à adoção ou colocação familiar. De entre os fatores que dificultam o caráter provisório, emerge a dificuldade de comunicação e de objetivos comuns entre as entidades envolvidas, a par de ações pontuais e fragmentadas, falta de integração das políticas sociais e a fragilidade das famílias que assumem uma posição de passividade perante as ações que poderiam resultar na desinstitucionalização dos filhos. Estes motivos exigem por si só, que a institucionalização medida jurídico-técnico-policial, só deva ser tomada como recurso extremo (*Idem*).

2 PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO

As perturbações mentais em crianças e jovens incluem ansiedade, depressão, problemas de comportamento, perturbações alimentares, perturbações de hiperatividade com *deficit* de atenção (PHDA), perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo. Estas perturbações podem comprometer o sucesso escolar, conduzir a situações de conflito e violência familiar e, mais tarde, abuso de substâncias e até mesmo ao suicídio (Matos *et al*, 2013).

Problemas comportamentais e emocionais precoces podem alterar significativamente o percurso de saúde mental infantil. Estes problemas podem impedir crianças mais novas de desenvolver um relacionamento saudável com os seus pares e adultos, bem como o desenvolvimento cognitivo, linguístico e de competências autorreguladoras, sendo um fator de risco para a saúde, educacional, económica e social (*Idem*).

Uma vez que as crianças em risco/perigo têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento, consequência das situações a que estiveram expostas e muitas vezes da necessidade de institucionalização, com a respetiva rutura abrupta com a sua família e amigos, torna-se importante definir e compreender melhor o que são perturbações disruptivas do comportamento e de déficit de atenção.

2.1 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO

Na definição e caracterização dos problemas de comportamento são utilizados critérios, com base na existência de sintomas, onde a frequência, intensidade e idade de aparecimento de um comportamento têm um determinado peso. As classificações habitualmente utilizadas para o diagnóstico das perturbações mentais infantis são a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2002).

Tendo em conta a ICD-10, as perturbações mentais e comportamentais são definidas como uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos comprometidos com outras pessoas, embora os sintomas possam variar consideravelmente.

Relativamente à classificação no âmbito da saúde mental infantil, a ICD-10 identifica duas categorias específicas: as **perturbações do desenvolvimento psicológico** (que correspondem ao atraso do desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem ou por perturbações globais do desenvolvimento); e as **perturbações comportamentais e emocionais**. Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar e inclui as perturbações hipercinéticas, as perturbações comportamentais e as perturbações emocionais da infância (que se relacionam com os comportamentos internalizados) (OMS, 2001).

Segundo o DSM-IV, os problemas de comportamento incluem-se numa categoria que se denomina por **perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção** que, por sua vez, se subdivide em três categorias: a perturbação do comportamento, a perturbação de oposição (que correspondem às perturbações comportamentais, classificadas na ICD-10) e a perturbação de hiperatividade com défice de atenção (que corresponde às perturbações hipercinéticas, classificadas na ICD-10).

A **perturbação do comportamento**, anteriormente designada por transtorno de conduta (APA, 1994), consiste num padrão de comportamento persistente em que os direitos dos outros e as normas sociais são violados. Para ocorrer o diagnóstico de perturbação do comportamento têm de se verificar pelo menos três dos seguintes critérios: agressividade para com pessoas ou animais, destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave das regras. As crianças ou adolescentes com esta perturbação iniciam, com frequência, um comportamento agressivo e reagem agressivamente aos outros; podem exibir um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação; iniciam lutas corporais frequentes; usam uma arma que possa causar sério dano físico; são fisicamente cruéis com pessoas ou animais; roubam em confronto com a vítima; forçam alguém a manter atividade sexual consigo. A violência física pode assumir a forma de violação, agressão ou, em casos raros, homicídio (APA, 2002).

A **perturbação de oposição**, anteriormente designada por transtorno desafiador de oposição (APA, 1994), é descrita como um padrão recorrente de negativismo, desafio,

desobediência e comportamento hostil para com figuras de autoridade, com a duração mínima de seis meses, e que é determinada pela ocorrência frequente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência, discutir com adultos, desafiar ativamente ou recusa em obedecer a solicitações ou regras dos adultos, fazer deliberadamente atos que aborrecem outras pessoas, responsabilizar outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento, ser susceptível ou facilmente aborrecido pelos outros, mostrar raiva e ressentimento, ou ser rancoroso ou vingativo (APA, 2002).

Para além do padrão de comportamento repetitivo e persistente, a perturbação do comportamento e a perturbação de oposição têm de comprometer significativamente a adaptação da criança em vários subsistemas, sendo o contexto social, escolar e familiar as três principais referências nesta avaliação; podem ainda assumir três níveis de gravidade: ligeira, moderada e grave (APA, 2002).

A perturbação de oposição tende a surgir antes da perturbação do comportamento, pelo que se pressupõe um gradual agravamento dos problemas de comportamento. Nas crianças em idade escolar predominam os comportamentos heteroagressivos, que diminuem habitualmente a partir da pré-adolescência, sendo os comportamentos anti-sociais mais frequentes no período da adolescência (Marques & Cepêda, 2009).

Estudos internacionais apontam para uma prevalência de cerca de 5% das Perturbações do Comportamento em idade escolar, com predomínio no sexo masculino (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009).

A **perturbação de hiperatividade com déficit de atenção (PHDA)**, correspondente às perturbações hipercinéticas classificadas na ICD-10, consiste num padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns sintomas relacionados com hiperatividade e impulsividade, que interferem negativamente no funcionamento da criança, são já evidentes antes dos sete anos de idade, mas muitos indivíduos só são diagnosticados posteriormente. O diagnóstico considera que este problema deve perturbar o funcionamento da criança em pelo menos dois contextos (por exemplo, em casa e na escola), nos domínios social, académico ou ocupacional, apropriados em termos evolutivos (APA, 2002).

De uma forma geral, o comportamento anti-social, o comportamento desviante e o comportamento delinquentes são alterações do comportamento externalizado, que estão presentes na perturbação do comportamento, segundo o DSM-IV, evidenciando-se o comportamento agressivo, de oposição e violação de regras – roubo, mentira, rebeldia, delinquência, crueldade física e atos criminosos (APA, 2002; Dessen & Szelbracikowski, 2007).

Existem algumas referências quanto à existência de diferentes subtipos de problemas do comportamento. Desta forma, têm surgido alterações no DSM-IV, e têm sido definidos alguns critérios de classificação, nomeadamente:

- A altura do aparecimento dos sintomas - São definidos dois momentos, início na 3ª infância (antes dos 10 anos) e início na adolescência. Esta separação é feita tendo em conta a evolução desta perturbação, sendo que quando aparece nas crianças, os comportamentos anti-sociais graves tendem a persistir na idade adulta, podendo evoluir para uma perturbação de personalidade anti-social. As crianças cujos problemas de comportamento começam na infância têm três vezes mais probabilidade de desenvolver comportamentos anti-sociais (Herbert & Wookey, 2004; Keil & Price, 2006);
- O tipo e o padrão de comportamento exibido, que conduzem a diferentes trajetórias de desenvolvimento - por exemplo, a agressividade reativa, é definida como um comportamento defensivo perante uma ameaça sentida; por sua vez, a agressividade proativa é descrita como um comportamento utilizado para ganhar algo ou influenciar os outros e conduz normalmente a comportamentos delinquentes (Keil & Price, 2006).

Alguns pediatras, sintetizam as perturbações comportamentais definidas no DSM-IV e referem-se ao conceito de **temperamento** tendo em conta as diferenças individuais na reatividade emocional, nível de atividade, atenção e auto-regulação durante a 1ª e 2ª infância, que podem ser preditoras de competências adaptativas, resiliência e problemas de comportamento a partir da 3ª infância. No entanto, é importante distinguir quando se está perante uma criança com um temperamento difícil, limite ou quando já tem, efetivamente, um problema de comportamento. Neste âmbito, para diagnosticar um problema de comportamento, é fundamental encontrar disfunções em uma ou mais das cinco áreas básicas de ajustamento individual, nomeadamente: no comportamento ou

nas relações interpessoais; em aquisições no domínio das competências escolares e noutras tarefas e jogos; na auto-estima, autocontrolo e auto-regulação; nos sentimentos, pensamentos e nas funções do corpo relacionadas com alimentação, eliminação e sono; e nas estratégias de adaptação e resiliência (Stein, Carey, & Snyder, 2004).

As Perturbações do Comportamento e a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA) constituem as formas mais comuns de psicopatologia na infância e na adolescência. Estas perturbações acarretam elevados custos individuais e sociais, em termos humanos e económicos, podendo ser precursoras de perturbações muito incapacitantes na idade adulta. O seu tratamento é dificultado pela complexidade dos fatores implicados na sua etiopatogenia, pelo elevado grau de disfuncionalidade das famílias envolvidas e pela escassez de recursos comunitários para implementar estratégias de intervenção eficazes (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Del Valle, J.; Rodríguez, A e Arteaga, A, 2011).

De acordo com a literatura consultada, as crianças em risco/perigo têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento, consequência das situações a que estiveram expostas. Por outro lado, é visível a dificuldade que os técnicos apresentam em trabalhar com estas crianças e famílias.

2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO NAS PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO

A compreensão aprofundada das causas e das consequências dos problemas de comportamento é essencial para uma intervenção e resolução adequadas (Strecht, 2008; CNSM, 2009).

Os factores de risco e proteção nos problemas de comportamento podem ser classificados em três níveis: individuais, familiares e ambientais. No entanto, é necessário ter em consideração que é a conjugação e a interação entre vários fatores de risco, que interfere no aparecimento dos problemas de comportamento (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009).

Fatores individuais

Os fatores de risco individuais reportam-se às características da própria criança.

Por vezes, os problemas nas famílias surgem como resposta aos problemas da criança e à sua dificuldade na gestão destes. De facto, existem crianças com um temperamento difícil que trazem consigo uma pré-disposição genética para este tipo de problemas (Goldschmidt, 2009).

Os episódios repetidos de problemas de comportamento protagonizados por estas crianças em casa, na sala de aula, no recreio, tais como agressões verbais e físicas para com os pais, professores e outras crianças, conduzem a uma rejeição pelos adultos e pelas outras crianças. Assim, sucedem-se às atividades desviantes destas crianças as exclusões por parte da escola e as situações de maus-tratos físicos por parte dos pais (Herbert & Wookey, 2004; Wamboldt & Wamboldt, 2000).

Alguns exemplos de fatores de risco individuais são os fatores genéticos, o temperamento difícil e os défices neurocognitivos. No que concerne aos fatores de proteção individuais, são exemplos o bom nível cognitivo da criança, o temperamento estável, a responsabilidade e a autodisciplina (Pardilhão, et al., 2009).

Fatores familiares

A família é a principal via de transmissão de significados e cultura para a criança.

Quando, no seu processo de desenvolvimento, esta é exposta à violência, direta ou indireta, podem ocorrer sentimentos de hostilidade e desconfiança e perceções negativas em relação aos outros, particularmente no relacionamento com pares e professores, tendo como base a transição de modelos familiares para outros contextos (Dessen & Szelbracikowski, 2007; Wotherspoon, O'Neill-Laberge, & Pirie, 2008).

As relações familiares são, uma das importantes causas apontadas para os problemas de comportamento nas crianças.

Práticas parentais inadequadas e rejeição de companheiros na escola constituem-se como fortes indícios para o aparecimento de problemas de comportamento (Dessen & Szelbracikowski, 2007). As interações familiares negativas, caracterizadas por coparentalidade enfraquecida, afeto negativo e estrutura familiar pouco adaptativa e pouco consistente, foram fortemente associadas às crianças que apresentavam problemas de comportamento. Por sua vez, estilos parentais de maior envolvimento, afetividade,

coerência e consistência nos estilos educativos, constituem-se como fatores protetores (Gallo & Williams, 2005). Este facto poderá ser justificado pela capacidade da criança regular e modelar os seus impulsos através de uma relação afetiva segura, e assim, ter consciência dos seus atos e ser capaz de regular os seus impulsos (Dessen & Szelbrackowski, 2007; Herbert & Wookey, 2004; McKee, *et al.*, 2008).

Nos factores familiares é pertinente fazer alusão à **exposição a modelos de comportamento desviante**, onde se inclui o comportamento de agressividade verbal e física, pode também ser considerada como um factor causal para os problemas de comportamento, uma vez que, tem graves implicações no desenvolvimento dos modelos relacionais da criança. Este processo tem por base os mecanismos de aprendizagem social dos comportamentos, nomeadamente, a modelagem e a imitação. As crianças, cujos pais apresentam comportamentos agressivos e violentos, estão sujeitas a uma observação constante deste tipo de comportamento como forma de resposta a várias situações vivenciadas diariamente no contexto familiar (Herbert & Wookey, 2004).

Fatores ambientais

Os fatores ambientais podem ter um papel decisivo, na medida em que podem promover respostas adequadas e modelos sociais ajustados para estas crianças, compensando respostas pouco coerentes e inconsistentes que apenas intensificam a desorganização do pensamento da criança, que age sem medir consequências (Goldschmidt, 2009).

Como fatores de risco ambientais são considerados o baixo nível socioeconómico, os grupos de pares delinquentes, o insucesso e absentismo escolar e a exposição a violência nos meios de comunicação. Relativamente aos fatores de proteção ambientais, são exemplos a boa capacidade de socialização com pares, o bom desempenho escolar e extracurricular, a integração num grupo pró-social e a integração em meio escolar promotor de sucesso (Pardilhão, *et al.*, 2009).

2.3 PERTURBAÇÕES DISRUPTIVAS DO COMPORTAMENTO E DÉFICE DE ATENÇÃO EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

Tendo em conta as várias formas de mau trato infantil, é pertinente compreender as suas consequências no desenvolvimento e funcionamento da criança e a forma como estas se relacionam com a possibilidade de ocorrência de problemas de comportamento.

Como referem vários autores, os problemas de comportamento da criança podem ser um fator precipitante para o seu acolhimento, mas também se constituem (e maioritariamente) como uma consequência inerente a este processo. As crianças acolhidas, com um historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, apresentam maior dificuldade de reinserção nas suas famílias (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, *et al.*, 2008; Johnson, *et al.*, 2006; Keil & Price, 2006), o que conduz a um acolhimento institucional prolongado face à morosidade nas respostas de intervenção.

O desenvolvimento integral da criança pressupõe a satisfação das suas necessidades ao nível da saúde, educação, desenvolvimento emocional e comportamental, relacionamento familiar e social, aceitação social e capacidade de autocuidado (Bentovim e Miller, 2007), sendo os pais os seus principais provedores (Gough e Stanley, 2004).

Mas se a salvaguarda das necessidades primárias, biológicas ou de sobrevivência que têm a ver com a segurança da criança (alimentação, cuidados de saúde, integridade física, condições ambientais e trato adequado) podem ser satisfeitas por qualquer recurso que possa providenciar a atenção e o cuidado, o bem-estar que está relacionado com as necessidades secundárias (afetivas, relacionais, cognitivas e sociais) só pode ser satisfeito por uma família protetora (Martín Hernández, 2005).

As crianças desprovidas de meio familiar são impedidas de receberem uma educação normal que lhes estimula as suas verdadeiras qualidades e satisfaz as suas carências afetivas, pelo processo educativo nesses espaços naturais (Martins, 2004 citado por Andrade e Triches 2008).

Por outro lado, há as situações de risco que são analisadas, considerando as situações socioeconómicas e culturais da família, as características biológicas da criança e as características de personalidade dos pais. Desse modo, os fatores de risco, já

anteriormente descritos, poderão assumir essencialmente dois níveis de variáveis: o nível macrossocial e o nível microssocial. No nível macrossocial (relacionado com os fatores facilitadores de risco) onde se pode incluir a pobreza e desadequação entre as capacidades e as necessidades da família nuclear e a sua organização da vida e do trabalho. Ao nível microssocial pode-se destacar o *stress* social, as famílias que em nível de funcionamento se podem designar como deficitárias, o suporte social, os estilos de vida, os fatores culturais de educação, os fatores de risco centrados na criança como a gravidez não desejada, o facto de a criança ser prematura (o processo de vinculação), a criança com deficiência, a criança que vive frequentemente com doenças crónicas, as crianças consideradas como “difíceis” no caso das hiperativas (*Idem*).

As crianças sem família carecem de afetividade, o que condiciona o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade. Muitas crianças em perigo encontram-se entregues a si próprias, sendo completamente negligenciados pelos pais. “Muitos pais dizem coisas maravilhosas às suas crianças, mas têm péssimas reações na frente delas: são intolerantes, agressivos” (Cury, 2004, p. 23).

Quando a criança não tem afeto e proteção desencadeia sintomas tais como: sentimentos de solidão manifestados pela angústia constante de verem a mãe ou a família; dificuldades de diálogo com alterações perceptivas da realidade interior, mecanismos de defesa e tendências agressivas, autopunição; estados de ansiedade, angústia, incapacidade de serem responsáveis nas ações, fixação oral; insuficiências ou a não existência de relações afetivas satisfatórias o que conduz a algumas debilidades mentais ou problemas no desenvolvimento intelectual (Martins, 2004).

Ou seja, de forma direta ou indireta, estas crianças estão sujeitas a comportamentos que afetam gravemente a sua segurança e equilíbrio emocional, não tendo acesso à formação, educação e desenvolvimento, tal como define a Lei na Convenção sobre os Direitos da Criança. A responsabilidade de educar a criança e de assegurar o seu desenvolvimento é responsabilidade principal dos pais ou seus representantes legais, no entanto, muitas famílias destas crianças carecem de uma estrutura minimamente sólida, sem hábitos de higiene, saúde e alimentação, oriundas de uma situação económica bastante precária (pobreza), caracterizada por emprego precário ou desemprego. Assim, as carências e/ou condições devem-se sobretudo à falta de um dos pais ou dos dois, de degradação familiar, alcoolismo, promiscuidade urbana, desemprego, doenças hereditárias, anormalidades, falta de habitação digna (*Idem*).

Essas situações conduzem à desestruturação familiar, privando a criança de um lar familiar, levando-as ao abandono, à delinquência infantil ou juvenil, constituindo o acolhimento em Instituição a última medida. Martins (2004) refere ainda, que existem duas necessidades fundamentais que as crianças desprovidas do meio familiar possuem: a necessidade a nível afetivo e a necessidade a nível educacional. Relativamente à primeira, esta verifica-se face à inexistência da palavra amor, carinho, afeto e compreensão. Quanto à segunda, é constatado que essas crianças necessitam de uma maior estimulação em virtude das baixas taxas de sucesso escolar para continuarem os seus estudos. O Autor citado descreve três quadros comuns neste tipo de crianças desprovidas de meio familiar, os quais são:

- Imaturidades estruturais - caracterizadas por crianças mal organizadas com um “Eu” não integrado, imaturas, com falhas a nível escolar, mesmo com um potencial intelectual dentro da média. Têm um jogo e discurso muito ligados ao concreto. Sem grandes referências, regras e limites revelam as falhas frequentes do investimento parental: atraso de crescimento e de linguagem, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, problemas orgânicos de repetição, dificuldades no controlo de esfíncteres com enurese, encoprese;
- Depressões – com vários níveis de profundidade e de gravidade, em crianças ou adolescentes não valorizados ou confirmados pelas figuras parentais, com falhas na autoestima e que podem parecer tristes, inibidos, com dificuldades de aprendizagem ou com queixas de comportamentos de agitação, pré-delinquentes com falhas na identidade sexual e risco de suicídio;
- Desorganizações pré-psicóticas ou psicóticas – as crianças parecem desorganizadas, confusas, às vezes aparentemente deficitárias, como sequela de uma incapacidade de evolução e por dificuldades em manter viva uma dinâmica interna perante a intensidade de vários acontecimentos traumáticos oriundos do exterior.

A separação da criança do meio familiar desencadeia perturbações afetivas que se repercutirão ao longo da sua vida, perturbações quer emocionais, físicas e intelectuais, quer de abandono afetivo (Martins, 2004).

Existe, de facto, unanimidade em considerar que os efeitos do mau trato na infância não termina com esta, mas fazem-se sentir também na adultez através de condutas anti-sociais e o risco de ser maltratante (Canha, 2003; Magalhães, 2005; Romeu Soriano, 2006; WHO e ISPCAN, 2006).

3 (RE) CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE VIDA DE CADA CRIANÇA E JOVEM

O encaminhamento das crianças constitui uma preocupação central no processo de acolhimento e pressupõe um diagnóstico interdisciplinar, do ponto de vista médico, psicológico, social e jurídico, que permita conhecer o melhor possível a sua situação pessoal, educacional e familiar. É com base no diagnóstico, que deve ser elaborado para cada criança e jovem um projeto de vida, sempre que possível com a participação da criança ou jovem e a sua família, perspetivando: - sempre que viável em tempo útil, a integração na família biológica nuclear, ou, na impossibilidade, na alargada; a adoção, no caso de não poder concretizar-se aquela integração; - outra solução do tipo familiar que garanta, sem descontinuidades, o apoio afetivo e educacional, na hipótese de não poder ser decretada a adoção; - no caso de não poder efetivar-se uma resposta do tipo familiar, o acolhimento em Instituição, onde seja garantida o acompanhamento afetivo e educacional de qualidade, de forma individualizada e dinâmica, preparando a desinstitucionalização segura e a autonomia (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, 2003).

Como já foi referido no capítulo anterior, a convivência institucional possui características, específicas e difíceis de ultrapassar, como por exemplo: ser quase sempre mais alargada do que o contexto familiar; decorrer entre crianças e jovens que sofreram adversidades; ser mais fechada em relação ao mundo exterior do que aquela que, em geral, as famílias proporcionam; impor rotinas mais rígidas do que as que têm lugar numa casa familiar; oferecer menos oportunidades para adquirir ou praticar novas aptidões, bem como para reforçar ou elogiar (Silva, 2004).

Segundo Alberto (2002), outro aspeto fundamental a ter em conta no impacto da institucionalização e concomitantemente na prossecução do projeto de vida da criança, é o contexto das instituições, a nível da sua estrutura e organização. Isto está relacionado com a dimensão das regras, horários, tipos de atividades disponíveis, relações entre os profissionais e as crianças e jovens, relação com a comunidade envolvente, gestão do equilíbrio entre a individualidade e o grupo.

Como refere Alarcão (2006), esta questão da organização interna das instituições assume algum destaque, uma vez que muitas das crianças que são institucionalizadas provêm de contextos familiares de organização caótica, ou seja, em que não há definição clara dos papéis de cada um, nem do funcionamento do sistema familiar, com os dias a serem pautados por acontecimentos irregulares e imprevisíveis.

No entanto, também importa referir que um estudo longitudinal realizado na Austrália, revela que as crianças retiradas das suas famílias biológicas e colocadas quer em famílias de acolhimento, quer em instituições, parecem, de forma geral, satisfeitas com as suas colocações, sentindo-se seguras (Delfabbro, Barber & Bentham, 2002).

Neste âmbito, deve ser feito o acompanhamento e a avaliação sistemática de cada situação de modo a permitir encontrar-se em cada momento a resposta mais adequada. Para cada criança e jovem deve existir um processo individual devidamente organizado, contendo todos os dados relativos à situação pessoal, familiar e social.

No projeto de vida das crianças em situação de acolhimento a importância do trabalho com as suas famílias é fundamental, reforçando a ideia de que a institucionalização de uma criança e conseqüente afastamento do seu meio familiar pode, também, constituir um momento adequado para desenvolver formas de intervenção e reorganização destes agregados. A concretização de um Projeto de Vida, tendo em vista a desinstitucionalização segura, depende de um conjunto de elementos que incidem, não apenas na ação direta da estrutura residencial acolhedora, mas também na conjugação de outros elementos que se situam fora dela, como por exemplo, a situação socioeconómica da família, suas competências parentais, emocionais e afetivas, entre outras. A eficácia da ação com a família está relacionada com alguns fatores tais como: uma correta e abrangente avaliação inicial da situação (estudo do caso); a existência de um trabalho em rede; avaliação e acompanhamento sistemático que permita, sempre que necessário, a renegociação/alteração da estratégia inicial (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, 2003).

Neste âmbito, a estratégia de ação deverá passar, essencialmente, por um trabalho de avaliação e acompanhamento sistemático do processo no sentido de encontrar a resposta que melhor se coaduna à situação concreta, salvaguardando sempre o superior interesse da criança ou jovem.

Um “plano de intervenção individualizado”, estabelecido a partir da admissão da criança, deverá ser um processo aberto e flexível, no qual exista uma intervenção continuada e projetada para além do tempo de acolhimento da criança.

Martins (2004) refere, que do ponto de vista do sistema de proteção na sua globalidade, dois aspetos se afiguram de importância incontornável – o processo de definição do projeto de vida e a intervenção junto das famílias.

O projeto de vida é um aspeto complexo que exige uma resposta concertada entre várias entidades, com uma gestão de caso coerente e consistente. Na verdade, com a problematização crescente das situações de desproteção de uma população que vai crescendo em idade, e à medida que os prazos das medidas provisórias se encurtam ou a ênfase no seu cumprimento se torna mais rigorosa, são cada vez mais frequentes os casos de crianças e jovens com trajetórias de vida marcadas pela sucessão de medidas de acolhimento inarticuladas entre si, que fragmentam as existências destes menores, dificultando a sua adesão a soluções de longo prazo ou mesmo definitivas, como possam ser a adoção. Deste modo, comprometem ou impossibilitam o desenvolvimento de aptidões e competências estruturantes do desenvolvimento socio afetivo e cognitivo, favorecendo modos de funcionamento e relação enviesados. O estabelecimento de vínculos e a capacidade de aprendizagem são assim comprometidos, o que limita as possibilidades de adaptação destes menores e conseqüentemente compromete o seu futuro. É prioritário a necessidade de um olhar global e integrado, a curto, médio e longo prazo, sobre a situação sociofamiliar e afetiva de cada criança sinalizada, com medidas cujo alcance ultrapasse a resposta imediata e provisória a casos urgentes. A ideia de projeto de vida envolve, assim, a tentativa de garantir à criança ou jovem um caminho coerente para o futuro (Martins, 2004).

A intervenção junto das famílias, a definição da sua responsabilidade e domínio de competência, a atuação das diversas entidades em cada processo, as metas, programas e modalidades de intervenção carecem, igualmente, de estudo, definição e sistematização (*Idem*).

É neste âmbito que os modelos mais atuais de intervenção nas situações de perigo e maus-tratos, procuram ultrapassar as dificuldades da família em causa através de programas multimodais, dirigidos em simultâneo ou sequencialmente a diversos elementos do agregado familiar em causa. No entanto, o caráter multidisciplinar e a

necessidade de trabalho em equipa, e ainda, a implicação de diversas instituições nesta intervenção, têm suscitado um problema a este modelo que é o da coordenação e articulação entre técnicos e interinstitucional. Frequentemente os técnicos sentem que a articulação é deficitária, o que gera lacunas e impede uma adequada provisão de serviços à família, duplicando intervenções, por vezes em sentido contrário, ou ainda, permitindo que a família manipule o sistema, obtendo benefícios da falta de comunicação e da desconfiança que por vezes se faz sentir entre os serviços (Machado, Gonçalves e Vila-Lobos, 2003). Perante estas dificuldades, autores como Vondra e Toth (1989), citados por Machado, Gonçalves e Vila-Lobos (2003), referem que seria preferível a condução da intervenção por uma única instituição, dotada de recursos suficientes, ou em alternativa, ser designada no contexto da articulação inter-serviços, uma instituição ou técnico responsável por coordenar e avaliar periodicamente o projeto de apoio.

Neste contexto, uma correta intervenção nestas famílias, passa por uma intervenção conjunta e articulada corretamente entre os diversos técnicos e uma atuação a nível dos vários atores envolvidos.

É de salientar, e segundo estes autores, Machado, Gonçalves e Vila-Lobos (2003), que a intervenção deverá respeitar sempre e assentar nas competências da família, sem a “colonizar” com uma “legião” de técnicos e serviços. A escolha dos níveis e estratégias de intervenção deverá em cada caso, atender sempre ao princípio da intervenção mínima, desde que esta permita pôr fim à situação de maus-tratos e reponha o bem-estar dos elementos envolvidos.

Segundo Almeida (2004), a equipa de saúde que trata destas crianças é necessariamente ampla, mas deve ser coesa na sua intervenção. O Médico, o Psicólogo, o Assistente Social, o Enfermeiro, o Juiz, no âmbito das crianças maltratadas, têm uma oportunidade de formarem um modelo de colaboração interdisciplinar. Da perícia da sua ação, fundamental desde o primeiro contacto, pode depender o alcançar do objetivo final que é a reintegração em segurança da criança na sua família.

Constitui uma obrigação de todos os técnicos que integram esta equipa multidisciplinar, conferir à criança vítima de maus-tratos, a proteção física indispensável nos momentos de maior tensão familiar, mas é provavelmente, a tarefa menos difícil da intervenção. Mais complexo, mas sem dúvida de maior alcance, é o investimento na reparação das

cicatrizes afetivas (mais que as físicas), e na reorganização de uma comunidade familiar, ajudando-a a reencontrar o sentido da vida e a redescobrir o incomensurável valor do Ser Humano, respeitando de novo a sua dignidade absoluta (*Idem*).

Também no que respeita aos princípios e valores que norteiam o cuidar do outro em acolhimento residencial e segundo o Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social (2003), estes têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todos os residentes crianças ou jovens, famílias, colaboradores, dirigentes, especialistas e todos os restantes com quem a organização se relacione.

De entre os princípios e valores do cuidar destacam-se a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e equidade, a participação na vida da estrutura residencial.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Após a revisão da literatura que sustentou o enquadramento teórico do problema em questão, torna-se pertinente descrever e explicitar todos os passos metodológicos utilizados ao longo do estudo empírico.

Assim, nesta parte, são abordados de forma sequencial todos os passos inerentes à metodologia que constitui uma etapa essencial e determinante para o sucesso do trabalho, uma vez que, delimita as atividades desenvolvidas no seguimento do mesmo; posteriormente são apresentados os dados e respetiva análise e finalmente a discussão, que constitui sempre um momento de reflexão acerca dos resultados obtidos, a sua comparação com a teoria existente e concomitantemente com as práticas atuais, perspetivando a melhoria das mesmas.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo tem como intuito analisar se os maus-tratos infantis interferem na prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de déficit de atenção (PDCDA), pelo que é pertinente explicitar com rigor e clareza todos os passos metodológicos que conduziram esta investigação.

A metodologia consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado no plano de trabalho, que ordenará as atividades propensas à realização da investigação (Fortin, 1999; Almeida & Freire, 2007).

Ainda segundo os autores supra citados, existem vários elementos que competem para a execução de um plano ou desenho apropriado para responder às questões levantadas pela problemática da investigação. Este plano destina-se a colocar em ordem um misto de ações, de forma a facultar ao investigador a realização efetiva do seu projeto.

A metodologia consiste assim, na descrição dos métodos, estratégias e procedimentos adaptados. É através desta, por um processo racional, sequencial e lógico, que se pode chegar ao conhecimento e demonstração da investigação.

De forma a garantir a validade e a credibilidade científica dos resultados obtidos e após uma breve revisão da literatura que teve como intuito ajudar a focalizar o estudo e enquadramento nesta temática, torna-se pertinente descrever e explicitar todos os passos metodológicos utilizados ao longo do estudo. Apresentamos de forma sequencial o tipo de investigação, o desenho da investigação (que integra as questões, objetivos e as variáveis do estudo), hipóteses, definição da população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos éticos e legais e tratamento estatístico.

4.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Um trabalho de investigação atende sempre a uma reflexão sobre uma questão feita pelo investigador, que deve selecionar o método mais pertinente para obter o esclarecimento da mesma, pois segundo Fortin (1999), a investigação desempenha um papel primordial na fundamentação de uma base científica para a prática dos cuidados.

Neste contexto, para a consecução dos objetivos delineados, optámos por realizar um estudo que obedece a um desenho não experimental, transversal e correlacional, uma vez que: não existe manipulação de variáveis; a aplicação do instrumento ocorre num único momento temporal; tem como intuito descrever o fenómeno, estabelecer e medir relações entre uma multiplicidade de variáveis.

4.2 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Após a revisão bibliográfica realizada no âmbito dos maus-tratos infantis e das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA), e tendo em conta o objetivo geral desta investigação que é caracterizar o fenómeno das **Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção em crianças em acolhimento institucional** e compará-lo com um grupo de crianças não institucionalizadas, considerámos pertinente a formulação de algumas questões:

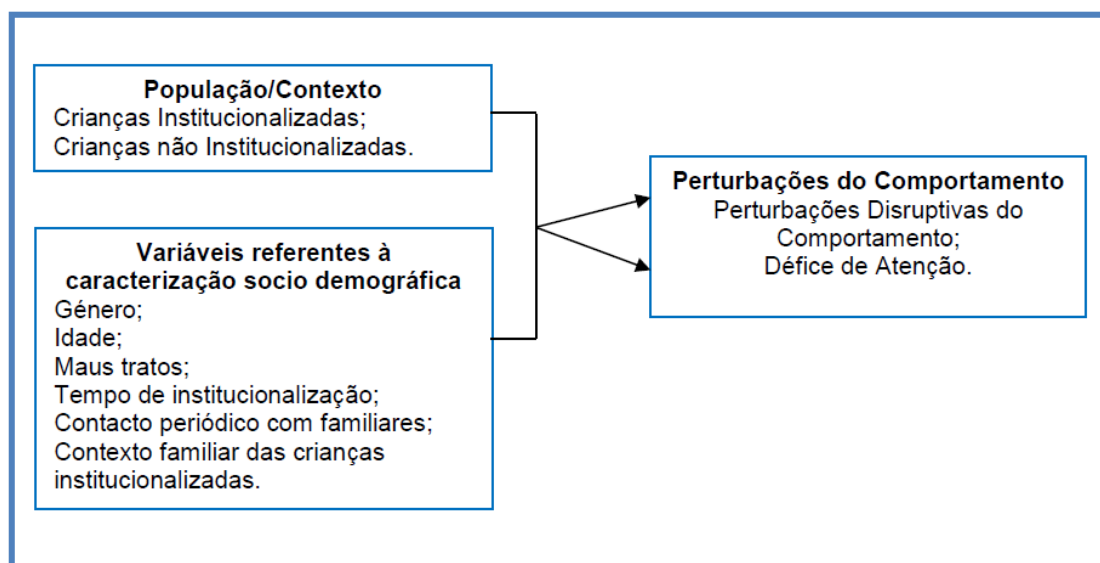
- Que diferença existe na prevalência das PDCDA, segundo a idade e o género das crianças?
- Que diferença existe na prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas?
- Quais as características sociodemográficas das crianças em acolhimento nas instituições?
- Qual a associação entre o tempo de institucionalização e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre os tipos de maus-tratos e prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre o contexto familiar onde as crianças institucionalizadas estavam inseridas e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?
- Qual a associação entre o contacto periódico das crianças institucionalizadas com familiares e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção?

Na sequência das questões formuladas, delineámos como objetivos desta investigação:

- **Relacionar** os vários tipos das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção com a idade e o sexo das crianças em estudo.
- **Determinar** a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção nas crianças em regime de acolhimento institucional (CAT e LIJ);
- **Comparar** a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção nas crianças em acolhimento institucional com crianças integradas na sua família;
- **Relacionar** a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção com os maus-tratos de que foram vítimas, o contexto familiar, o contacto familiar e o tempo de institucionalização;

O presente estudo pretende verificar as relações entre diferentes variáveis pelo que os grupos de variáveis a considerar estão representadas na Figura 6, sendo apresentado, igualmente, o esquema de operacionalização do modelo.

Figura 6 – Modelo Analítico Geral do Estudo



Como podemos verificar os grupos de variáveis a considerar são:

Variável dependente

- Prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção.

Variáveis independentes

- Contexto (institucional/familiar) em que as crianças estão inseridas, considerando-se dois grupos: crianças institucionalizadas, vítimas de maus-

tratos (que residem em instituições de acolhimento); crianças não institucionalizadas (que residem com a família biológica);

- Idade
- Género
- Tempo de institucionalização
- Tipo de mau trato (que motivou a institucionalização)
- Contexto familiar das crianças vítimas de maus-tratos (institucionalizadas)
- Contacto periódico com familiares (das crianças institucionalizadas)

Para além destas variáveis, procurou-se controlar a faixa etária e o género das crianças com o objetivo de se conseguir uma distribuição homogénea em ambos os grupos.

4.3 HIPOTESES

A partir dos objetivos definidos e sendo nossa pretensão analisar não só a relação entre as variáveis, mas também a existência de relações entre elas, com a finalidade de uma melhor compreensão da problemática em estudo, equacionámos as seguintes hipóteses:

1. Há uma relação direta e significativa entre o género das crianças em estudo e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA);
2. Há uma relação direta e significativa entre a idade e a prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.
3. Há uma relação direta e significativa ao nível da prevalência das PDCDA entre as crianças institucionalizadas e não institucionalizadas;
4. Há uma relação direta e significativa entre o tempo de institucionalização e a prevalência das PDCDA;
5. Há uma relação direta e significativa entre o tipo de mau trato que motivou a institucionalização e a prevalência das PDCDA;
6. Há uma relação direta e significativa entre o contexto familiar, das crianças institucionalizadas, e a prevalência das PDCDA;
7. Há uma relação direta e significativa entre o contacto periódico, das crianças institucionalizadas, com familiares e a prevalência das PDCDA;

Sublinha-se que as hipóteses 3, 4, 5, 6 e 7 encontram-se formuladas apenas para o grupo das crianças institucionalizadas.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

É um requisito metodológico de uma investigação, a definição precisa da população em estudo, competindo ao investigador a sua determinação. No entanto, na impossibilidade de estudar toda a população, o investigador deve optar por estudar uma parte dessa população (amostra), sendo imprescindível definir os critérios a utilizar para a seleção dos elementos que integram essa amostra (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Almeida & Freire, 2007).

Neste âmbito e com o intuito de concretizar os objetivos propostos à realização desta investigação, foram constituídos dois grupos com crianças de ambos os géneros, na faixa etária dos 6 aos 12 anos de idade (inclusive): um de crianças institucionalizadas, que residem em instituições de acolhimento (CAT ou LIJ) por medida de proteção da CPCJ ou do Tribunal; um grupo de crianças não institucionalizadas, que residem com a família biológica.

Assim, partiu-se de uma amostra total de 200 crianças, constituindo dois grupos distintos e independentes:

- **Grupo 1** – 100 crianças institucionalizadas de ambos os sexos (52 do sexo masculino e 48 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos;
- **Grupo 2** – 100 crianças não institucionalizadas de ambos os sexos (52 do sexo masculino e 48 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos;

O tempo de institucionalização é variável e independente da idade.

Relativamente ao tamanho da amostra, o grupo 1, foi retirado no universo de crianças institucionalizadas, nomeadamente:

- 3 Centros de Acolhimento Temporário (CAT) – 3 do Distrito da Guarda (a Instituição Solar do Mimo, Fundação D^a Laura Santos, Fundação José Carlos Godinho Ferreira de Almeida), ou seja, em todos os CAT's deste Distrito.
- 8 Lares de Infância e Juventude (LIJ) – 4 (dos 6 existentes) do Distrito da Guarda (o Instituto de São Miguel da Guarda, Instituto de São Miguel de Manteigas, a Aldeia de Crianças SOS da Guarda e a Casa da Sagrada Família); 2 LIJ do Distrito de Viseu (Confraria de Santo António de Viseu e Internato Viseense de Santa

Teresinha); participaram também a Aldeia SOS Gulpilhares e Aldeia SOS de Bicesse.

As crianças não institucionalizadas foram retiradas no universo de estudantes do 1º e 2º ciclo do Agrupamento de Escolas Guilherme Correia de Carvalho do Concelho de Seia (1º Ciclo – Centro Escolar de Seia; 2º ciclo – Escola EB 2/3 GCC).

A distribuição homogénea dos grupos (100 + 100) teve como intuito permitir a comparação entre os mesmos, dando cumprimento ao objetivo geral desta investigação.

A aplicação dos questionários teve a duração de 2 meses tendo decorrido em maio e junho de 2014.

4.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha/colheita de dados é um processo objetivo e sistemático, centrado na investigação, em função da questão ou hipótese a ser investigada, organizada em consonância com as características do objeto em estudo, o nível de conhecimento do fenómeno e as estratégias de análise definidas.

Como anteriormente referido, neste tipo de estudo, os métodos de colheita de dados são variados desde os questionários, as entrevistas, as observações, as escalas de medida, a avaliação física e psicológica (Fortin, 1999).

A escolha de um instrumento de colheita de dados é uma das etapas do processo de pesquisa mais exigente e desafiadora. A sua importância é realçada por Polit e Hungler (1995, p.165), afirmando que “sem métodos de alta qualidade para a colheita de dados, a precisão e a força das conclusões da pesquisa são facilmente desafiadas”.

No decorrer desta investigação, à medida que fomos clarificando os objetivos e face à exigência de um trabalho de campo exaustivo para a obtenção de dados necessária à operacionalização do modelo analítico, optámos pela aplicação de um questionário dirigido à equipa técnica das Instituições (no caso das crianças institucionalizadas) e aos pais das crianças não institucionalizadas, sendo aplicado 1 questionário por criança.

A pesquisa bibliográfica realizada revelou a existência de diversos instrumentos, que permitem avaliar as variáveis por nós consideradas, no contexto do comportamento da criança e das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. Indagando sobre as características psicométricas e sua validação para a população

portuguesa e de acordo com contactos com outros investigadores e pedidos pareceres a alguns dos seus autores, optámos pelos instrumentos de avaliação que a seguir descrevemos e que são apresentados em apêndice I e II.

- Para conhecer as características da população em estudo, crianças vítimas de maus-tratos institucionalizadas, elaborámos um Questionário Sociodemográfico.
- Para avaliar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, utilizámos o *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach (1991) – versão para pais ou seus substitutos, tendo em conta os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR e já validada para a população portuguesa.
- Para conhecer a intervenção da saúde no contexto das crianças institucionalizadas, elaborámos algumas questões para preenchimento pela equipa Técnica.

Questionário sociodemográfico

Visando um amplo estudo das crianças institucionalizadas que integram a população em análise pretendemos fazer a sua caracterização a partir de um questionário sociodemográfico constituído pelas seguintes variáveis:

Idade – a variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para ser respondida em nº de anos completos à data da aplicação do questionário;

Género – foi utilizada uma pergunta de resposta fechada dicotómica com as opções, masculino e feminino;

Escolaridade - a variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para ser respondida o ano de escolaridade que frequentava à data da aplicação do questionário;

Tempo de institucionalização - a variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para ser respondida com a data de entrada na Instituição;

Aplicação da Medida - foi utilizada uma pergunta de resposta fechada dicotómica com as opções, CPCJ e Tribunal;

Tipo de maus-tratos - foi utilizada uma pergunta de resposta fechada permitindo assinalar várias opções, foi utilizada a classificação apresentada pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);

Problemáticas do agregado associadas à situação de perigo da criança/jovem – à semelhança da variável anterior, também foi utilizada uma pergunta de resposta fechada permitindo assinalar várias opções;

Contacto familiar - a variável foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, com as opções sim ou não e se resposta afirmativa escolha da periodicidade.

É de referir que no questionário para o grupo das **crianças não institucionalizadas**, só utilizámos as variáveis idade, género e escolaridade.

CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18) - Descrição do instrumento

O Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18) está incluído no Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) que é um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores e que é constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 1 1/2 – 5 (Child Behavior Checklist Form for Ages 1 1/2 - 5); Questionário de Comportamentos da Criança para Educadores - CTRF 1 1/2 – 5 (Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1 1/2 - 5); Questionário de Comportamentos da Criança - TRF 6 – 18 (Teacher Report Form for Ages 6-18); Questionário de auto-avaliação para jovens - YSR 11-18 (Youth Self Report for Ages 11-18) e o Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18);

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), é o modelo proposto por Achenbach na década de 60 com o intuito de suprir a necessidade de uma abordagem à psicopatologia da criança e adolescente diferenciada da que prevalecia à data, nomeadamente o DSM.

O ASEBA converge, numa abordagem particular entre o normal e patológico, apresentando ambos os termos numa continuidade que conflui para uma solução que é dimensional e elaborada com base num modelo empírico. A diferença entre a criança normativa e outra clínica é, designada mediante a frequência dos problemas comportamentais que integram um ou mais síndromes, ou seja, o enfoque é deslocado do tipo de comportamento per si, para a frequência e a intensidade das queixas.

Este modelo é ainda enriquecido, ao integrar a valorização das avaliações, apreciações e percepções de diferentes informadores (cross-informant correlation) potenciando

informação privilegiada nos diferentes contextos, ou o uso de diferentes estratégias incorrendo nas diferentes competências, desde o auto-relato à observação do comportamento.

Incidindo nos problemas que mais preocupam pais e técnicos de saúde mental infantil, não podem ser ignorados os contributos do autor para a avaliação da psicopatologia na criança e no adolescente, com base no inventário de competências sociais e de problemas do comportamento, o Child Behaviour Checklist (CBCL), que em português, adquire a designação de Inventário do Comportamento da Criança para Pais (acrónimo ICCP). Este inventário foi sujeito a validação teórica com exploração psicométrica para a população portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso (1994), tendo sido administrado aos pais dos alunos do 2º, 4º e 6º, anos de diversas escolas públicas da zona Centro do País. Segundo os autores, a versão portuguesa propõe valores normativos tal como a versão original. Embora existam algumas limitações, trata-se de um instrumento com boa consistência interna e com uma validade convergente satisfatória, pelo que, no seu conjunto os resultados sugerem que a versão portuguesa do ICCP é um instrumento útil para o estudo da psicopatologia da criança e do adolescente.

Neste contexto, atendendo à problemática em estudo e à população definida, optámos pelo **Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18)** que faz: relato de problemas e competências através da informação dos pais (ou substitutos); descrições de atividades e competências; 112 descrições de comportamentos (problemas). Este instrumento está validado para a população Portuguesa e a versão mais atualizada em Portugal integra a bateria ASEBA da Psiquilíbrios Editora, pelo que o instrumento foi adquirido à respetiva Editora. No entanto, tendo em conta os objetivos desta investigação, apenas foi aplicada a segunda parte do instrumento correspondente às 112 descrições de problemas de comportamento. A versão considerada para o efeito corresponde à preenchida pelos pais ou seus substitutos.

O Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6 – 18, consiste numa entrevista estruturada em forma de questionário que aborda com os pais ou responsáveis pela criança o tipo de comportamento infantojuvenil no contexto educacional, social e interpessoal. Um dos aspetos abordados pelo instrumento é a presença de sintomas internalizantes e de sintomas externalizantes.

O inventário é composto por 120 itens (112 descrições) com três alternativas de resposta, referentes a problemas de conduta que podem apresentar as crianças/adolescentes entre os 6 e os 18 anos de idade. A valorização a nível dos problemas de conduta permite obter pontuação em 8 escalas de banda estreita também chamadas síndromes empíricas (isolamento, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, conduta desviante e conduta agressiva) e duas escalas de banda larga (transtornos internalizantes e externalizantes). A pontuação direta da escala obtém-se mediante a soma das pontuações 0-1-2 alocadas a cada item, da mesma forma que nos síndromes empíricas. Estas pontuações são convertidas, em pontuação “T” em função do sexo e da idade, no caso da CBCL (6-11anos e 12-18anos). Os perfis resultantes da correção da escala apresentam também, os perfis baseados nos síndromes empíricas em duas linhas que delimitam a categoria normal do limite e patológico (Achenbach, 2001). As dimensões consideradas e os itens que as integram são as seguintes:

I - Ansiedade / Depressão: composta por 13 itens (itens nº 14; 29; 30; 31; 32; 33; 35; 45; 50; 52; 71; 91; 112).

II - Isolamento / Depressão: integra 8 itens (itens nº 5; 42; 65; 69; 75; 102; 103; 111).

III - Queixas Somáticas: integra 11 itens (itens nº 47; 49; 51; 54; 56a; 56b; 56c; 56d; 56e; 56f; 56g).

IV - Problemas Sociais: integra 11 itens (itens nº 11; 12; 25; 27; 34; 36; 38; 48; 62; 64; 79).

V – Problemas de Pensamento: composta por 15 itens (itens nº9; 18; 40; 46; 58; 59; 60; 66; 70; 76; 83; 84; 85; 92; 100).

VI - Problemas de Atenção: composta por 10 itens (itens nº 1; 4; 8; 10; 13; 17; 41; 61; 78; 80).

VII - Comportamento Delinvente: integra 17 itens (itens nº2; 26; 28; 39; 43; 63; 67; 72; 73 81; 82; 90; 96; 99; 101; 105; 106).

VIII - Comportamento Agressivo: composta por 18 itens (itens nº 3;16; 19; 20; 21; 22; 23; 37; 57; 68; 86; 87; 88; 89; 94; 95; 97; 104).

Outros Problemas: integra 17 itens (itens nº 6; 7; 15; 24; 44; 53; 55; 56h; 74; 77; 93; 98; 107; 108; 109; 110; 113).

Como já foi referido, o CBCL, Child Behavior Checklist, é considerado um valioso instrumento de avaliação do comportamento infantil com o objetivo da análise do desenvolvimento saudável ou psicopatológico da criança e adolescente.

Este instrumento permite obter informação que pode integrar o sistema de diagnóstico formal e orienta um possível diagnóstico clínico segundo os critérios estabelecidos no DSM IV. Apesar da pontuação no campo clínico desta escala não significar a presença de um diagnóstico DSM, pode sugerir a presença de um diagnóstico específico que deve ser considerado em cada caso. Trata-se de dimensões que oferecem a possibilidade de quantificar e normalizar, de maneira estandardizada problemas que aparecem na DSM, estudando a relação entre diferentes tipos de problemas associados. Por sua vez, o estudo de associação entre as escalas DSM e os síndromes empíricos propostos pelo mesmo instrumento, pode facilitar a deteção daquelas crianças e adolescentes que não cumprem os critérios para diagnóstico de determinado transtorno, mas que podem necessitar de ajuda para solucionar os seus problemas. A quantificação de transtornos tradicionalmente diagnosticados de maneira categorial facilita a verificação da evolução da gravidade e permite avaliar a intervenção quando o diagnóstico DSM continua presente (Achenbach, 2001, Rescorla 2005).

Para a validade e consistência da escala, vários profissionais peritos no âmbito da saúde mental infantil procedentes de 30 culturas diferentes, avaliaram o grau de cada item da CBCL, comprovando-se a sua consistência (Ivanova, Achenbach e Dumenci, 2007).

Questões sobre o papel da saúde nas Instituições de Acolhimento

Com o objetivo de conhecermos a intervenção da saúde a nível das Instituições de Acolhimento, elaborámos 4 questões abertas de âmbito geral, para que a Equipa Técnica de cada Instituição participante, referisse diretamente se as instituições de saúde e os profissionais de saúde da sua área de abrangência têm um papel ativo ou meramente pontual, no seu quotidiano e concomitantemente no projeto de vida das crianças e jovens aí institucionalizadas e ainda, expressasse de forma clara e sem limitações as expectativas que têm relativas ao que deveria ser o papel da saúde neste contexto.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS NA RECOLHA DE DADOS

Este estudo visa de forma precisa contribuir para a compreensão do fenómeno atrás descrito numa perspetiva natural e não controlada, dando uma perceção mais fidedigna da realidade, tendo como finalidade, a utilização dos resultados na melhoria da prática no âmbito do cuidado às crianças em contexto de risco e que tiveram de ser institucionalizadas.

Com o intuito de atingir a finalidade proposta e os objetivos delineados, o estudo foi realizado em **contexto institucional** de Centros de Acolhimento Temporário (CAT), Lares de Infância e Juventude de Crianças e Jovens em Risco e **Escola** com recurso a questionário.

Do ponto de vista ético e formal, uma investigação que envolva seres humanos pode levantar questões que requerem obrigatoriamente uma ponderação e análise cuidada para a tomada de decisão, no que concerne à proteção dos indivíduos. A proteção deve assentar nos seguintes aspetos: consentimento informado e voluntário por parte de todos os sujeitos que participam na investigação; garantia do anonimato e sigilo da identidade e da informação facultada; proteção contra danos que possam ocorrer decorrentes do resultado da investigação (Lei nº 67/98).

Neste âmbito, tivemos em conta todos os aspetos éticos solicitando autorização aos responsáveis das Instituições, para o desenvolvimento do estudo, e convidando os profissionais das equipas técnicas a participar no estudo, explicando-lhes o objetivo do estudo, o contexto da sua realização, a metodologia utilizada, a importância da sua participação e garantindo a confidencialidade e anonimato (apêndice III).

Na escola e de acordo com a legislação em vigor, foi ainda efetuado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) o registo do questionário, sendo sujeito a análise e autorizado em maio (apêndice IV). Após a respetiva autorização, procedemos à entrega na Direção da Escola dos questionários para posteriormente serem entregues pelo Professor titular/diretor da turma, aos Alunos para levarem para casa e ser preenchimento pelos seus pais/encarregados de educação e devolvidos posteriormente. Foi solicitado aos pais/encarregados de educação o consentimento informado para a participação neste estudo.

Na análise do questionário, todos os dados referentes aos indivíduos/crianças pertencentes à amostra foram mantidos em anonimato, através da codificação dos dados, garantindo desta forma a sua confidencialidade.

4.7 TRATAMENTO DOS DADOS

Após a realização da colheita de dados e com o intuito de efetuar a sua análise, interpretação e obtenção de respostas para o problema em estudo, procedeu-se ao processamento estatístico dos dados, utilizando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21 para o Windows.

Para sintetizar a informação obtida, os dados foram submetidos a um processo de análise estatística descritiva, nomeadamente, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, medidas de dispersão.

Foi também utilizada a estatística inferencial. Nas variáveis a estudar para avaliar se as mesmas apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados, aplicámos os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) e Shapiro-Wilk que revelaram que os níveis de significância são inferiores a 0,05 (tabela 1), não estando reunido o pressuposto da normalidade. Neste âmbito, utilizámos testes não paramétricos para o teste de hipóteses, nomeadamente, testes de U de Mann Whitney e Correlação de Spearman (ρ).

Tabela 1- Resultados da aplicação dos Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade/Depressão	,125	200	,000	,926	200	,000
Isolamento/Depressão	,199	200	,000	,892	200	,000
Queixas Somáticas	,261	200	,000	,659	200	,000
Problemas Sociais	,190	200	,000	,857	200	,000
Problemas de Pensamento	,284	200	,000	,685	200	,000
Problemas de Atenção	,206	200	,000	,882	200	,000
Comportamento Delinvente	,237	200	,000	,780	200	,000
Comportamento Agressivo	,172	200	,000	,844	200	,000
Outros Problemas	,177	200	,000	,865	200	,000

a. Lilliefors Significance Correction

É pertinente referir, que relativamente aos testes de U de Mann Whitney, uma vez que avaliam as diferenças estatísticas das variáveis em estudo através de ranks, a *Mediana* (Md), é a medida de tendência central mais correta para se efetuar a análise.

De acordo com o recomendado por Hill & Hill (2000) e Almeida & Freire (2007) foram utilizados em todas as provas estatísticas os seguintes níveis de significância: $p > 0,05$ (diferença não significativa estatisticamente); $p < 0,05$ (diferença estatisticamente significativa); $p < 0,01$ (diferença estatisticamente muito significativa).

4.8 CARACTERISTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Neste capítulo apresentamos os dados relativos às características gerais da amostra, tendo por base as variáveis sociodemográficas estudadas em ambos os grupos que constituem a amostra participante na investigação.

Neste âmbito e relativamente às variáveis sexo, idade e escolaridade, são apresentadas na tabela 2 para o grupo das crianças institucionalizadas (grupo 1) e grupo das crianças não institucionalizadas que consideramos o grupo de controlo (grupo 2).

▪ **Género**

Em relação ao género/sexo, verifica-se que a amostra é homogénea para ambos os grupos, sendo cada um constituído por 52% de elementos do sexo masculino e 48% do sexo feminino.

▪ **Idade**

Relativamente à idade, a variável apresenta uma distribuição homogénea dos 6 aos 10 anos, apresentando a seguinte distribuição: crianças com 6 anos, 7%; 7 anos, 5%; 8 anos, 11%; 9 anos, 12%; 10 anos, 16%; a faixa etária mais significativa é a dos 11-12 anos de idade, sendo a subamostra do grupo 1 constituída por 20% das crianças com 11 anos e 29% com 12 anos; a subamostra do grupo de controlo é o inverso, ou seja, 29% de crianças com 11 anos e 20% com 12 anos. Assim, a média de idades (M) do grupo 1 é de 10,01 anos com o desvio padrão de 1,87, enquanto que, no grupo 2 a média de idades (M) é de 9,92anos com desvio padrão de 1,80.

▪ **Escolaridade**

A variável da escolaridade foi categorizada por anos dos 0 (para crianças que ainda se encontravam no jardim de infância) até ao 7º ano de escolaridade. O grupo das crianças institucionalizadas, apresenta a seguinte distribuição: 0 ano de escolaridade, 4%; 1º ano, 6%; 2º e 3º ano, 13% cada um; 4º ano, 25%; 5º ano, 21%; 6º ano, 12%; 7º ano, 6%. Relativamente a esta variável e para o grupo de controlo é importante referir que a recolha de dados foi aplicada às crianças do 1º e 2º ciclos de ensino, pelo que, se exclui a categoria “0 ano” e “7º ano”. Assim, a classificação para este grupo é: 1º ano de escolaridade, 9%; 2º ano, 8%; 3º ano 7%; 4º ano 21%; 5º ano 22%; 6º ano 33%.

Tabela 2 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o sexo, idade e escolaridade

	Grupo 1		Grupo 2	
	Crianças Institucionalizadas		Crianças não institucionalizadas	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	52	52	52	52
Feminino	48	48	48	48
Total	100	100	100	100
Idade				
6 anos	7	7	7	7
7 anos	5	5	5	5
8 anos	11	11	11	11
9 anos	12	12	12	12
10 anos	16	16	16	16
11 anos	20	20	29	29
12 anos	29	29	20	20
Total	<i>M = 10,01; Dp = 1,87</i>		<i>M = 9,92; Dp = 1,80</i>	
Total	100	100	100	100
Escolaridade				
0 ano	4	4	0	0
1º ano	6	6	9	9
2º ano	13	13	8	8
3º ano	13	13	7	7
4º ano	25	25	21	21
5º ano	21	21	22	22
6º ano	12	12	33	33
7º ano	6	6	0	0
Total	100	100	100	100

M = Média; Dp = Desvio Padrão

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo é iniciado pela apresentação e análise dos resultados obtidos no estudo, realizado de acordo com as condições metodológicas já definidas.

Para os objetivos delineados em termos de caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva que consiste em resumir a informação obtida, através de um processo sistemático de organização, síntese e apresentação dos dados.

Neste âmbito, Fortin (1999) refere que a análise dos resultados de qualquer estudo que integre valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores pela medida das variáveis.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS CRIANÇAS

A amostra foi caracterizada tendo em conta as variáveis sociodemográficas em estudo, através da análise estatística descritiva. Relativamente às variáveis sexo, idade e escolaridade, já foram apresentadas no capítulo anterior, na tabela 2, uma vez que são comuns aos dois grupos que integram a amostra e serviram de suporte à caracterização geral da amostra.

Neste capítulo apresentamos as variáveis alocadas apenas ao grupo das crianças institucionalizadas, nomeadamente, tempo de institucionalização, aplicação da Medida, tipo de maus-tratos, problemática(s) do agregado familiar associado à situação de perigo da criança/jovem e contacto familiar.

▪ **Tempo de institucionalização**

No que concerne à variável tempo de institucionalização operacionalizada em nº de anos em que as crianças se encontram em acolhimento, e da análise da tabela 3, verifica-se que o valor mínimo é 0 anos e o máximo 8 anos, obtendo-se uma média (M) de tempo de institucionalização superior a 2 anos (2,25); verifica-se ainda que a percentagem mais elevada (44%) se refere ao período de 0 a 1 ano (22% institucionalizadas há menos de 1 ano e 22% com 1 ano completo), mas logo a seguir é apresentado o período de 2 e 3 anos com 18% cada grupo. É ainda de referir que 20% das crianças que integraram esta amostra, estão em acolhimento há 4 ou mais anos.

Tabela 3 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o tempo de institucionalização

Tempo de institucionalização (anos)	N	%	
<1 Ano	22	22,0	Min. 0 anos
1	22	22,0	Max. 8 anos
2	18	18,0	
3	18	18,0	M = 2,25
4	5	5,0	
5	6	6,0	Dp = 2,07
6	3	3,0	
7	3	3,0	
8	3	3,0	
Total	100	100,0	

Min.= Mínimo; Max.= Máximo; M = Média; Dp = Desvio Padrão

▪ **Aplicação da Medida de promoção e Proteção**

No que concerne à deliberação e aplicação da medida de proteção de Acolhimento em Instituição, na maioria das situações foi executada pelo Tribunal (76%) e apenas em 24% foi aplicada pela entidade CPCJ (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a Entidade que aplicou a medida

Aplicação da medida	N	%
CPCJ	24	24
Tribunal	76	76
Total	100	100,0

▪ **Tipo de mau trato**

No que concerne à tipologia de mau trato que motivou a aplicação da medida de acolhimento em instituição, e conforme a tabela 5, verifica-se que a percentagem mais elevada (82%) ou seja a grande maioria, refere-se a situações de negligência, de seguida é referido o mau trato psicológico (49%) e ausência temporária da figura parental (32%).

O mau trato físico aparece classificado em 4º lugar o que representa 26% da amostra, segue-se ainda a exposição a modelos com comportamento desviante (20%), o abuso sexual (12%), o abandono (10%), mendicidade (3%), comportamento desviante (3%) e outras situações (2%).

É importante referir que muitas crianças foram vítimas de vários tipos de maus-tratos, o que justifica os valores apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o tipo de mau trato

Tipo de mau trato	N	%
Físico	26	26,0
Psicológico	49	49,0
Negligência	82	82,0
Exposição	20	20,0
Abuso sexual	12	12,0
Exploração	0	0,0
Mendicidade	3	3,0
Crime	0	0,0
Comportamento desviante	3	3,0
Abandono	10	10
Ausência temporária familiar	32	32
Outras situações	2	2

▪ **Contexto familiar**

Relativamente ao contexto familiar e como se expressa na tabela 6, salienta-se que as 4 principais problemáticas, nomeadamente, carência socioeconómica (77%), violência doméstica (36%), rutura familiar (33%), alcoolismo (32%), apareceram também muitas vezes associadas e são de facto predominantes no contexto do presente estudo.

Tabela 6 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o contexto familiar

Contexto familiar	N	%
Toxicodependência	4	4,0
Alcoolismo	32	32,0
Carência económica	77	77,0
Violência doméstica	36	36,0
Detenção	7	7,0
Doença psiquiátrica	13	13,0
Ilegal	0	0,0
Prostituição	10	10,0
Rutura familiar	33	33,0
Doença física	4	4,0
Sem problema	2	2,0

▪ **Contacto familiar**

Também relacionado com o projeto de vida delineado individualmente e de acordo com os dados apresentados na tabela 7, 74% das crianças mantêm contacto com os pais.

Tabela 7 – Distribuição dos elementos da amostra segundo o nº de crianças que mantêm contacto com familiar direto (pais)

Contacto familiar	N	%
Sim	74	74,0
Não	26	26,0
Total	100	100,0

Quando existe contacto com os pais e no que concerne à sua periodicidade, tal como se apresenta na tabela 8, em primeiro lugar é referido o contacto semanal (25 %), seguido do contacto quinzenal (19%), mensal (14%), contactos distanciados no tempo por mais de 3 meses (14%) e trimestral (2%).

Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a periodicidade do contacto com os pais

Periodicidade	N	%
Semanal	25	25,0
Quinzenal	19	19,0
Mensal	14	14,0
Trimestral	2	2,0
> a 3 meses	14	14,0
Sem contacto	26	26,0
Total	100	100,0

5.2 CARACTERÍSTICAS DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS

Para o estudo do comportamento das crianças foi utilizado o *Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18)*, que como já foi referido, integra as dimensões: Ansiedade / Depressão; Isolamento / Depressão; Queixas Somáticas; Problemas Sociais; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Delinvente; Comportamento Agressivo; Outros Problemas.

Na Tabela 9, apresentamos as médias e desvios-padrão das dimensões do *CBCL* em ambas as subamostras, uma vez que um dos objetivos principais desta investigação é o estudo comparativo ao nível do comportamento entre as crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Neste contexto e em relação à dimensão *ansiedade/depressão*, verificamos que a média é mais elevada na subamostra do grupo das crianças institucionalizadas (Grupo 1) ($M = 4,37$; $DP = 2,96$) do que na subamostra do grupo de controlo (crianças não institucionalizadas) ($M = 3,08$; $DP = 2,40$), assim como na dimensão de *isolamento/depressão* ($M = 4,31$; $DP = 2,27$ vs. $M = 2,95$; $DP = 1,12$). No que diz respeito à dimensão de *queixas somáticas*, verificamos que, embora não tão significativa, mantém-se a média superior na subamostra do grupo 1 ($M = 1,50$; $DP = 2,35$) comparativamente com a subamostra de controlo ($M = 1,04$; $DP = 1,33$). Verificou-se também valores médios mais elevados na subamostra do grupo 1 em comparação com a subamostra de controlo, nas dimensões *problemas sociais* ($M = 6,58$; $DP = 3,13$ vs. $M = 3,27$; $DP = 1,37$), *problemas de pensamento* ($M = 3,83$; $DP = 2,44$

vs. $M = 2,36$; $DP = 0,82$), *problemas de atenção* ($M = 7,08$; $DP = 2,14$ vs. $M = 4,70$; $DP = 1,08$), *comportamento delincente* ($M = 5,63$; $DP = 3,46$ vs. $M = 2,61$; $DP = 1,07$), *comportamento agressivo* ($M = 11,87$; $DP = 8,24$ vs. $M = 2,69$; $DP = 2,70$) e *outros problemas* ($M = 6,18$; $DP = 3,27$ vs. $M = 3,70$; $DP = 1,55$).

Tabela 9 - Médias e desvios-padrão das dimensões do CBCL por grupo

Dimensões	Grupo									
	Crianças Institucionalizadas					Crianças não institucionalizadas				
	Min.	Max.	Md	M	Dp	Min.	Max.	Md	M	Dp
Ansiedade/Depressão	,00	13,00	4,00	4,30	2,96	,00	10,00	3,00	3,08	2,40
Isolamento/Depressão	,00	11,00	4,00	4,31	2,27	1,00	6,00	3,00	2,95	1,12
Queixas Somáticas	,00	16,00	1,00	1,50	2,35	,00	7,00	1,00	1,04	1,33
Problemas Sociais	2,00	16,00	6,00	6,58	3,13	2,00	7,00	3,00	3,27	1,37
Problemas de pensamento	1,00	13,00	3,00	3,83	2,44	,00	5,00	2,00	2,36	,82
Problemas de Atenção	3,00	14,00	7,00	7,08	2,14	3,00	9,00	4,00	4,70	1,08
Comportamento delincente	1,00	18,00	5,00	5,63	3,46	1,00	6,00	2,00	2,61	1,07
Comportamento agressivo	,00	30,00	11,50	11,87	8,24	,00	15,00	2,00	2,69	2,70
Outros problemas	2,00	17,00	5,00	6,18	3,27	1,00	7,00	3,00	3,70	1,55

Min.= Mínimo; Max.= Máximo; Md = Mediana; M = Média; Dp = Desvio Padrão

Relativamente à amostra total, as médias e desvios-padrão das dimensões do CBCL, são apresentadas na tabela 10 onde constatamos, que a dimensão que apresenta uma média mais elevada é a dimensão *comportamento agressivo* ($M = 7,28$; $DP = 7,65$) e a média mais baixa é inerente à dimensão *queixas somáticas* ($M = 1,27$; $DP = 1,92$).

Tabela 10 - Médias e desvios-padrão das dimensões do CBCL na amostra total

Dimensões	Amostra Total				
	Min.	Max.	Md	M	Dp
Ansiedade/Depressão	,00	13,00	3,00	3,72	2,76
Isolamento/Depressão	,00	11,00	3,00	3,63	1,91
Queixas Somáticas	,00	16,00	1,00	1,27	1,92
Problemas Sociais	2,00	16,00	4,00	4,92	2,92
Problemas de pensamento	,00	13,00	2,00	3,09	1,96
Problemas de Atenção	3,00	14,00	5,00	5,89	2,07
Comportamento delincente	1,00	18,00	3,00	4,12	2,97
Comportamento agressivo	,00	30,00	4,00	7,28	7,65
Outros problemas	1,00	17,00	4,00	4,94	2,84

Min.= Mínimo; Max.= Máximo; Md = Mediana; M = Média; Dp = Desvio Padrão

5.3 ANÁLISE DAS HIPÓTESES FORMULADAS

Neste capítulo procedemos à verificação e testagem das hipóteses formuladas, apresentando os respetivos resultados.

H1: Há uma relação direta e significativa entre o género das crianças em estudo e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA).

Com o intuito de verificarmos a hipótese 1 utilizámos o teste estatístico não paramétrico de *U de Mann Whitney*, considerando-se a amostra total (crianças institucionalizadas e não institucionalizadas).

A classificação média remete-nos para valores mais elevados para as crianças do sexo feminino, a nível das dimensões *ansiedade/depressão* e *queixas somáticas*; todas as outras dimensões apresentam valores mais elevados para as crianças do sexo masculino (tabela 11).

Tabela 11 – Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o género e as dimensões do CBCL

Dimensões	Género	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	M - 104	97,88	4719,500	-,671	,502
	F - 96	103,34			
Isolamento/Depressão	M - 104	100,83	4957,500	-,086	,931
	F - 96	100,14			
Queixas Somáticas	M - 104	95,06	4426,000	-1,469	,142
	F - 96	106,40			
Problemas Sociais	M - 104	101,89	4847,500	-,358	,721
	F - 96	98,99			
Problemas de pensamento	M - 104	103,39	4691,500	-,791	,429
	F - 96	97,37			
Problemas de Atenção	M - 104	107,21	4294,000	-1,742	,082
	F - 96	93,23			
Comportamento delinvente	M - 104	105,13	4510,000	-1,209	,227
	F - 96	95,48			
Comportamento agressivo	M - 104	101,36	4903,000	-,218	,827
	F - 96	99,57			
Outros problemas	M - 104	107,58	4255,500	-1,820	,069
	F - 96	92,83			

M – masculino; F - feminino

No entanto, da análise inferencial efetuada, concluímos que não existe relação estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 4719,500$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 4957,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 4426,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 4847,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 4691,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 4294,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinvente* ($U = 4510,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 4903,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 4255,500$; $p \geq 0,05$).

H2: Há uma relação direta e significativa entre a idade e a prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Para verificarmos a hipótese 2 recorreremos à análise correlacional através da aplicação do teste de *Correlação de Spearman*, para analisar as relações existentes entre a variável prevalência das PDCDA e a idade das crianças da amostra total, conforme se apresenta na tabela 12.

Da análise inferencial efetuada, concluímos que existe correlação positiva e estatisticamente significativa nas dimensões *isolamento/depressão* ($\rho = 0,175$; $p \leq 0,05$) e *problemas de atenção* ($\rho = 0,143$; $p \leq 0,05$). Nas restantes dimensões a correlação não é estatisticamente significativa: *ansiedade/depressão* ($\rho = 0,068$; $p \geq 0,05$); *queixas somáticas* ($\rho = 0,072$; $p \geq 0,05$); *problemas sociais* ($\rho = 0,049$; $p \geq 0,05$); *problemas de pensamento* ($\rho = 0,053$; $p \geq 0,05$); *comportamento delinvente* ($\rho = 0,097$; $p \geq 0,05$); *comportamento agressivo* ($\rho = 0,059$; $p \geq 0,05$); *outros problemas* ($\rho = 0,037$; $p \geq 0,05$).

Tabela 12 – Matriz da *Correlação de Spearman* entre os dois grupos da amostra e as dimensões do CBCL

Dimensões	Teste estatístico	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	,068	,336
Isolamento/Depressão	,175	,013
Queixas Somáticas	,072	,309
Problemas Sociais	,049	,494
Problemas de pensamento	,053	,458
Problemas de Atenção	,143	,043
Comportamento delincente	,097	,172
Comportamento agressivo	,059	,407
Outros problemas	,037	,604

H3: Há uma relação direta e significativa ao nível da prevalência das PDCDA entre as crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Com intuito de analisar a formulação expressa na hipótese 3, referente à variável contexto/população crianças institucionalizadas (grupo 1) e crianças não institucionalizadas (grupo 2), utilizámos o teste estatístico não paramétrico de *U de Mann Whitney* para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças que integram a amostra em todas as dimensões do *CBCL*, nomeadamente: Ansiedade / Depressão; Isolamento / Depressão; Queixas Somáticas; Problemas Sociais; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Delincente; Comportamento Agressivo; Outros Problemas.

Apresentamos na Tabela 13 os resultados inferenciais. A aplicação do teste *U de Mann Whitney* permitiu verificar que o grupo 1 apresenta uma classificação média mais elevada em todas as dimensões.

Ao analisarmos mais pormenorizadamente esses resultados, verificamos que em todas as dimensões do *CBCL*, à exceção da *dimensão queixas somáticas*, existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os dois grupos, uma vez que apresentam $p \leq 0,01$: na dimensão *Ansiedade/Depressão* ($U = 3723,000$; $p = 0,002$); na dimensão

Isolamento/Depressão ($U = 3185,000$; $p = 0,000$); dimensão *Problemas Sociais* ($U = 1548,500$; $p = 0,000$); dimensão *problemas de pensamento* ($U = 2967,000$; $p = 0,000$); dimensão *problemas de atenção* ($U = 1625,000$; $p = 0,000$); dimensão *comportamento delinquente* ($U = 1932,000$; $p = 0,000$); dimensão *comportamento agressivo* ($U = 1621,000$; $p = 0,000$); dimensão *outros problemas* ($U = 2557,000$; $p = 0,000$); apenas na dimensão *queixas somáticas*, a diferença entre os dois grupos não é estatisticamente significativa ($U = 4728,000$; $p = 0,481$). Perante estes resultados e de forma conclusiva, confirma-se a hipótese 3 em que se esperava uma maior prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção nas crianças institucionalizadas, quando comparadas com as crianças não institucionalizadas (integradas na sua família).

Tabela 13 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre os grupos que constituem a amostra e as dimensões do CBCL

Dimensões	Grupo	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	1	113,27	3723,000	-3,143	,002
	2	87,73			
Isolamento/Depressão	1	118,65	3185,000	-4,529	,000
	2	82,35			
Queixas Somáticas	1	103,22	4728,000	-,705	,481
	2	97,78			
Problemas Sociais	1	135,02	1548,500	-8,535	,000
	2	65,99			
Problemas de pensamento	1	120,83	2967,500	-5,349	,000
	2	80,18			
Problemas de Atenção	1	134,25	1625,000	-8,415	,000
	2	66,75			
Comportamento delinquente	1	131,18	1932,000	-7,687	,000
	2	69,82			
Comportamento agressivo	1	134,29	1621,000	-8,288	,000
	2	66,71			
Outros problemas	1	124,93	2557,000	-6,033	,000
	2	76,07			

Grupo 1- Crianças Institucionalizadas; **Grupo 2** – Crianças Não Institucionalizadas

H4: Há uma relação direta e significativa entre o tempo de institucionalização e a prevalência das PDCDA.

Para verificarmos a hipótese 4 recorreremos à análise correlacional através da aplicação do teste de Correlação de Spearman, para analisar as relações existentes entre a variável prevalência das PDCDA e tempo de institucionalização, conforme se apresenta na tabela 14.

Da análise inferencial efetuada, concluímos que existe correlação estatisticamente significativa nas dimensões *problemas de atenção e outros problemas* ($\rho = 0,219$; $p \leq 0,05$). Nas restantes dimensões a correlação não é estatisticamente significativa: *ansiedade/depressão* ($\rho = 0,162$; $p \geq 0,05$); *isolamento/depressão* ($\rho = 0,044$; $p \geq 0,05$); *queixas somáticas* ($\rho = 0,172$; $p \geq 0,05$); *problemas sociais* ($\rho = 0,046$; $p \geq 0,05$); *problemas de pensamento* ($\rho = 0,079$; $p \geq 0,05$); *comportamento delincente* ($\rho = 0,101$; $p \geq 0,05$); *comportamento agressivo* ($\rho = 0,153$; $p \geq 0,05$).

Do exposto, pode-se afirmar que o tempo de institucionalização pode ser considerado apenas como fator preditivo para a prevalência de *problemas de atenção e outros problemas*.

Tabela 14 - Matriz da Correlação de Spearman entre o tempo de institucionalização e as dimensões do CBCL

Dimensões	Teste estatístico	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	,162	,107
Isolamento/Depressão	,044	,664
Queixas Somáticas	,172	,087
Problemas Sociais	,046	,651
Problemas de pensamento	,079	,434
Problemas de Atenção	,219	,029
Comportamento delincente	,101	,316
Comportamento agressivo	,153	,130
Outros problemas	,219	0,29

H 5: Há uma relação direta e significativa entre o tipo de mau trato que motivou a institucionalização e a prevalência das PDCDA.

Com o intuito de verificarmos a hipótese 5 utilizámos o teste estatístico não paramétrico de *U de Mann Whitney*, tendo sido identificados 7 tipos de maus-tratos (com frequência significativa) que motivaram a institucionalização das crianças que integram o grupo 1.

Devido à baixa frequência de ocorrência de alguns tipos de maus-tratos (exploração, mendicidade, comportamento desviante e crime) na amostra em estudo, os resultados não serão apresentados.

Na tabela 5 do ponto 5.1, foram apresentadas as frequências descritivas e respetiva percentagem de todos os tipos de maus-tratos identificados.

Relativamente aos tipos de maus-tratos que apresentam distribuição significativa para a amostra em estudo, realizámos a análise inferencial entre cada tipo de mau trato de forma individualizada e a prevalência das PDCDA, tendo sido obtidos os resultados que apresentamos a seguir.

Mau trato físico

Relativamente ao mau trato físico, conforme se pode verificar na tabela 15, a relação não é estatisticamente significativa nas dimensões *ansiedade/depressão* ($U = 773,000; p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 724,500; p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 788,500; p \geq 0,05$). No entanto, existe uma relação estatisticamente significativa para as dimensões *queixas somáticas* ($U = 672,000; p \leq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 703,500; p \leq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 678,500; p \leq 0,05$) e *comportamento agressivo* ($U = 649,500; p \leq 0,05$). Podemos ainda afirmar que existe uma relação muito significativa estatisticamente para as dimensões *isolamento/depressão* ($U = 583,500; p \leq 0,01$) e *comportamento delinquente* ($U = 632,500; p \leq 0,01$).

Tabela 15 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “físico” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	26	55,77	773,000	-1,496	,135
Isolamento/Depressão		65,06	583,500	-3,014	,003
Queixas Somáticas		61,65	672,000	-2,411	,016
Problemas Sociais		59,63	724,500	-1,879	,060
Problemas de pensamento		60,44	703,500	-2,096	,036
Problemas de Atenção		61,40	678,500	-2,255	,024
Comportamento delinquente		63,17	632,500	-2,610	,009
Comportamento agressivo		62,52	649,500	-2,459	,014
Outros problemas		57,17	788,500	-1,372	,170

Mau trato Psicológico

Na análise da relação entre o mau trato psicológico e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 16, a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 1128,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 1237,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 1194,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 971,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 1033,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 1237,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 1168,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 1073,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 1228,000$; $p \geq 0,05$).

Tabela 16 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “psicológico” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	49	52,98	1128,000	-,844	,399
Isolamento/Depressão		50,76	1237,000	-,087	,930
Queixas Somáticas		49,38	1194,500	-,401	,688
Problemas Sociais		56,18	971,000	-1,933	,053
Problemas de pensamento		54,91	1033,500	-1,537	,124
Problemas de Atenção		50,26	1237,500	-,084	,933
Comportamento delinquente		48,84	1168,000	-,566	,571
Comportamento agressivo		54,09	1073,500	-1,215	,224
Outros problemas		50,94	1228,000	-,149	,881

Negligência

Relativamente à negligência, de acordo com os resultados apresentados na tabela 17, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 681,500$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 674,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 725,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 697,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 640,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquent* ($U = 584,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 599,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 644,000$; $p \geq 0,05$). No entanto, existe uma relação estatisticamente significativa e positiva entre negligência e prevalência de *problemas de pensamento* ($U = 499,000$; $p \leq 0,05$).

Tabela 17 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “negligência” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	82	49,81	681,500	-,511	,610
Isolamento/Depressão		49,72	674,000	-,582	,561
Queixas Somáticas		50,34	725,000	-,123	,902
Problemas Sociais		50,99	697,500	-,366	,714
Problemas de pensamento		53,41	499,000	-2,212	,027
Problemas de Atenção		51,70	640,000	-,890	,374
Comportamento delinquent		52,38	584,000	-1,393	,164
Comportamento agressivo		52,19	599,500	-1,244	,213
Outros problemas		51,65	644,000	-,849	,396

Exposição a modelos parentais desviantes

Na análise da relação entre a exposição a modelos parentais desviantes e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 18, a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 737,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 766,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 743,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 716,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 791,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 686,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquent* ($U = 636,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 739,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 713,500$; $p \geq 0,05$).

Tabela 18 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “exposição a modelos parentais desviantes” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	20	53,65	737,000	-,547	,585
Isolamento/Depressão		52,18	766,500	-,293	,770
Queixas Somáticas		47,68	743,500	-,515	,607
Problemas Sociais		54,68	716,500	-,724	,469
Problemas de pensamento		50,95	791,000	-,080	,936
Problemas de Atenção		56,18	686,500	-,990	,322
Comportamento delinquente		58,70	636,000	-1,424	,154
Comportamento agressivo		53,53	739,500	-,522	,602
Outros problemas		54,83	713,500	-,750	,453

Abuso Sexual

Relativamente ao abuso sexual, de acordo com os resultados apresentados na tabela 19, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 518,500$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 519,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 527,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 418,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 473,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 389,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 520,000$; $p \geq 0,05$). No entanto, existe uma relação estatisticamente significativa entre abuso sexual e prevalência de *problemas de pensamento* ($U = 296,000$; $p \leq 0,05$) e *comportamento delinquente* ($U = 323,500$; $p \leq 0,05$).

Tabela 19 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “abuso sexual” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	12	51,29	518,500	-,101	,919
Isolamento/Depressão		49,79	519,500	-,091	,927
Queixas Somáticas		50,58	527,000	-,011	,991
Problemas Sociais		59,67	418,000	-1,175	,240
Problemas de pensamento		69,83	296,000	-2,539	,011
Problemas de Atenção		45,92	473,000	-,590	,555
Comportamento delinquente		67,54	323,500	-2,186	,029
Comportamento agressivo		62,08	389,000	-1,476	,140
Outros problemas		51,17	520,000	-,085	,932

Abandono

Na análise da relação entre abandono e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 20, a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *isolamento/depressão* ($U = 368,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 297,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 381,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 394,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 417,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 429,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 435,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 376,000$; $p \geq 0,05$). Verificamos, no entanto, que existe uma relação muito significativa estatisticamente entre abandono e a prevalência de *ansiedade/depressão* ($U = 212,500$; $p \leq 0,01$).

Tabela 20 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “abandono” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	10	74,25	212,500	-2,748	,006
Isolamento/Depressão		58,70	368,000	-,955	,340
Queixas Somáticas		65,75	297,500	-1,853	,064
Problemas Sociais		57,35	381,500	-,792	,428
Problemas de pensamento		44,95	394,500	-,658	,511
Problemas de Atenção		53,75	417,500	-,378	,706
Comportamento delinquente		52,55	429,500	-,237	,812
Comportamento agressivo		49,05	435,500	-,167	,868
Outros problemas		57,90	376,000	-,856	,392

Ausência Temporária de Familiar

Relativamente à ausência temporária de familiar, de acordo com os resultados apresentados na tabela 21, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 879,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 1025,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 1034,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 1050,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 1001,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 918,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 1018,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 948,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 1048,000$; $p \geq 0,05$).

Tabela 21 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre o tipo de mau trato “ausência temporária de familiar” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	31	44,35	879,000	-1,430	,153
Isolamento/Depressão		49,06	1025,000	-,336	,737
Queixas Somáticas		49,35	1034,000	-,280	,780
Problemas Sociais		49,89	1050,500	-,143	,887
Problemas de pensamento		52,69	1001,500	-,523	,601
Problemas de Atenção		45,61	918,000	-1,143	,253
Comportamento delinquente		48,84	1018,000	-,387	,699
Comportamento agressivo		46,60	948,500	-,903	,367
Outros problemas		49,81	1048,000	-,161	,872

Perante estes resultados e de forma conclusiva, confirma-se parcialmente a hipótese 5 em que se esperava uma relação positiva entre os vários tipos de maus-tratos e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de déficit de atenção. Essa relação constatou-se a nível dos maus-tratos físicos, abuso sexual, negligência e abandono, mas apenas em algumas dimensões.

H6: Há uma relação direta e significativa entre o contexto familiar, das crianças institucionalizadas, e a prevalência das PDCDA;

Com o intuito de verificarmos a hipótese 6 utilizámos o teste estatístico não paramétrico de *U de Mann Whitney*, tendo sido identificados 7 tipos de comportamentos/características inerentes ao contexto familiar das crianças que integram o grupo 1. Na tabela 6 do ponto 5.1, foram apresentadas as frequências descritivas e respetiva percentagem de todos os tipos de maus-tratos identificados.

Relativamente às características do contexto familiar que apresentam distribuição significativa para a amostra em estudo, realizámos, à semelhança da hipótese anterior, a análise inferencial entre cada característica de forma individualizada e a prevalência das PDCDA, tendo sido obtidos os resultados que apresentamos a seguir.

Alcoolismo

Relativamente ao problema do alcoolismo, de acordo com os resultados apresentados na tabela 22, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 1013,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 834,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 924,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 963,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 865,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 1056,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquent* ($U = 966,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 914,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 1058,500$; $p \geq 0,05$).

Tabela 22 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “alcoolismo” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	32	48,16	1013,000	-,558	,577
Isolamento/Depressão		58,42	834,500	-1,898	,058
Queixas Somáticas		45,38	924,000	-1,282	,200
Problemas Sociais		46,61	963,500	-,926	,354
Problemas de pensamento		43,55	865,500	-1,696	,090
Problemas de Atenção		51,48	1056,500	-,236	,814
Comportamento delinquent		46,69	966,000	-,909	,364
Comportamento agressivo		45,06	914,000	-1,287	,198
Outros problemas		49,58	1058,500	-,219	,826

Carência Socioeconômica

Da análise ao problema carência socioeconômica, como se pode observar na tabela 23, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 842,500$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 842,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 750,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 751,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 834,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 671,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 681,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 749,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 753,000$; $p \geq 0,05$).

Tabela 23 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “carência socioeconômica” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	77	49,94	842,500	-,355	,723
Isolamento/Depressão		51,06	842,000	-,361	,718
Queixas Somáticas		48,75	750,500	-1,170	,242
Problemas Sociais		48,75	751,000	-1,109	,267
Problemas de pensamento		51,17	834,000	-,435	,663
Problemas de Atenção		53,29	671,000	-1,778	,075
Comportamento delinquente		53,16	681,000	-1,688	,091
Comportamento agressivo		52,27	749,000	-1,120	,263
Outros problemas		48,78	753,000	-1,092	,275

Violência Doméstica

Na análise da relação entre violência doméstica e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 24, a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 1099,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 976,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 1118,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 1143,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 907,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 910,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 998,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 1101,000$; $p \geq 0,05$). No entanto, existe uma relação significativa estatisticamente entre violência doméstica e a prevalência de *problemas de atenção* ($U = 875,500$; $p \leq 0,05$).

Tabela 24 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “violência doméstica” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	36	51,97	1099,000	-,383	,701
Isolamento/Depressão		55,39	976,000	-1,281	,200
Queixas Somáticas		51,44	1118,000	-,258	,796
Problemas Sociais		50,74	1143,500	-,061	,951
Problemas de pensamento		57,29	907,500	-1,812	,070
Problemas de Atenção		58,18	875,500	-2,009	,044
Comportamento delincente		57,22	910,000	-1,752	,080
Comportamento agressivo		54,78	998,000	-1,107	,268
Outros problemas		51,92	1101,000	-,369	,712

Detenção

Na análise da relação a ocorrência de detenção e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 25, a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 295,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 289,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 288,000$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 314,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 280,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 160,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 302,000$; $p \geq 0,05$).

No entanto, constatamos que existe uma relação significativa estatisticamente entre detenção e a prevalência de *isolamento/depressão* ($U = 173,000$; $p \leq 0,05$); verificamos ainda, a existência de uma relação muito significativa estatisticamente relativamente à dimensão *comportamento delincente* ($U = 134,500$; $p \leq 0,01$).

Tabela 25 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “detenção” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	7	46,21	295,500	-,408	,683
Isolamento/Depressão		28,71	173,000	-2,088	,037
Queixas Somáticas		55,71	289,000	-,522	,602
Problemas Sociais		45,14	288,000	-,510	,610
Problemas de pensamento		52,07	314,500	-,153	,878
Problemas de Atenção		56,93	280,500	-,615	,538
Comportamento delinquente		77,79	134,500	-2,601	,009
Comportamento agressivo		74,14	160,000	-2,239	0,25
Outros problemas		47,14	302,000	-,320	,749

Doença Psiquiátrica

Em relação à problemática da doença psiquiátrica, de acordo com os resultados apresentados na tabela 26, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 530,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 497,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 536,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 488,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 549,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 562,500$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 528,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 464,500$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 469,500$; $p \geq 0,05$).

Tabela 26 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “doença psiquiátrica” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	13	53,23	530,000	-,366	,714
Isolamento/Depressão		45,23	497,000	-,712	,477
Queixas Somáticas		52,73	536,500	-,314	,753
Problemas Sociais		56,42	488,500	-,795	,427
Problemas de pensamento		51,73	549,500	-,169	,866
Problemas de Atenção		50,27	562,500	-,031	,975
Comportamento delinquente		47,62	528,000	-,387	,698
Comportamento agressivo		58,27	464,500	-1,037	,300
Outros problemas		57,88	469,500	-,990	,322

Prostituição

Da análise à questão da prostituição, como se pode observar na tabela 27, a relação não é estatisticamente significativa para as dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 289,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 435,000$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 443,500$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 428,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 336,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 369,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($U = 433,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 415,000$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($U = 405,500$; $p \geq 0,05$).

Tabela 27 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “prostituição” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			U	Z	p
Ansiedade/Depressão	10	34,40	289,000	-1,863	,062
Isolamento/Depressão		52,00	435,000	-,175	,861
Queixas Somáticas		49,85	443,500	-,079	,937
Problemas Sociais		52,65	428,500	-,249	,804
Problemas de pensamento		42,15	366,500	-,990	,322
Problemas de Atenção		42,40	369,000	-,942	,346
Comportamento delinquente		52,20	433,000	-,197	,844
Comportamento agressivo		47,00	415,000	-,403	,687
Outros problemas		46,05	405,500	-,515	,607

Rutura familiar

Na análise da relação ao problema da rutura familiar e a prevalência das PDCDA, como se pode observar na tabela 28, a relação não é estatisticamente significativa em algumas dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($U = 898,000$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($U = 1026,500$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($U = 903,000$; $p \geq 0,05$), *problemas sociais* ($U = 1034,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($U = 1075,500$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($U = 974,000$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($U = 914,000$; $p \geq 0,05$).

Constatamos que existe uma relação significativa estatisticamente a nível da dimensão *comportamento delinquente* ($U = 804,500$; $p \leq 0,05$) e *outros problemas* ($U = 807,000$; $p \leq 0,05$).

Tabela 28 - Resultados da aplicação do Teste de Mann Whitney entre a problemática no contexto familiar “*rutura familiar*” e as dimensões do CBCL

Dimensões	N	Classificação Média	Teste estatístico		
			<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	33	56,79	898,000	-1,532	,126
Isolamento/Depressão		48,11	1026,500	-,587	,557
Queixas Somáticas		56,64	903,000	-1,570	,116
Problemas Sociais		52,65	1034,500	-,524	,600
Problemas de pensamento		51,41	1075,500	-,227	,820
Problemas de Atenção		54,48	974,000	-,976	,329
Comportamento delinquente		59,62	804,500	-2,224	,026
Comportamento agressivo		56,30	914,000	-1,406	,160
Outros problemas		59,55	807,000	-2,202	,028

Estes resultados e de forma conclusiva, confirmam parcialmente a hipótese 6 em que se esperava uma relação positiva entre as várias problemáticas do contexto familiar e a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. Essa relação constatou-se a nível da violência doméstica, detenção e rutura familiar.

H7: Há uma relação direta e significativa entre o contacto periódico, das crianças institucionalizadas, com familiares e a prevalência das PDCDA;

Para verificarmos a hipótese 7 recorreremos à análise correlacional através da aplicação do teste de Correlação de Spearman, tendo o contacto periódico sido definido em 6 níveis conforme anteriormente apresentámos na tabela 7 do ponto 5.1.

Da análise inferencial e de acordo com a tabela 29, verificamos que a relação não é estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL: *ansiedade/depressão* ($\rho = -0,021$; $p \geq 0,05$), *isolamento/depressão* ($\rho = -0,030$; $p \geq 0,05$), *queixas somáticas* ($\rho = -0,031$; $p \geq 0,05$), *problemas de pensamento* ($\rho = -0,041$; $p \geq 0,05$), *problemas de atenção* ($\rho = -0,187$; $p \geq 0,05$), *comportamento delinquente* ($\rho = 0,004$; $p \geq 0,05$), *comportamento agressivo* ($\rho = -0,114$; $p \geq 0,05$), e *outros problemas* ($\rho = -0,172$; $p \geq 0,05$).

Verificamos, no entanto, que existe uma relação negativa e significativa estatisticamente entre o contacto familiar e a prevalência de *problemas sociais* ($\rho = -0,217$; $p \leq 0,05$).

Tabela 29 - Matriz da *Correlação de Spearman* entre contacto periódico com familiares e as dimensões do CBCL

Dimensões	Teste estatístico	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Ansiedade/Depressão	-,021	,838
Isolamento/Depressão	-,030	,767
Queixas Somáticas	-,031	,761
Problemas Sociais	-,217	,030
Problemas de pensamento	-,041	,683
Problemas de Atenção	-,187	,062
Comportamento delinquente	,004	,965
Comportamento agressivo	-,114	,258
Outros problemas	-,172	,087

5.4 INTERVENÇÃO DA SAÚDE NO PROJETO DE VIDA DA CRIANÇA E JOVEM EM ACOLHIMENTO

Com o intuito de conhecermos o envolvimento da saúde na consecução dos projetos de vida das crianças em acolhimento, foram elaboradas 4 questões abertas dirigidas à Equipa Técnica das Instituições participantes no estudo.

Neste âmbito, referente à questão “*existe alguma parceria com o Centro de Saúde ou Hospital local?*”, apenas duas Instituições responderam afirmativamente, referindo que existe parceria em termos de articulação e celeridade dos processos e promoção de ações de formação.

No que concerne à questão, se “*algum profissional do Centro de Saúde ou Hospital vai com regularidade à Instituição?*”, constatou-se que apenas uma das Instituições tem o apoio regular do Médico de Família, não existindo intervenções organizadas destes profissionais de saúde nas Instituições de acolhimento.

Relativamente à questão sobre as *dificuldades sentidas no contacto com o Centro de Saúde e Hospital local*, 6 Instituições apontaram como principal dificuldade a escassez de consultas; as outras dificuldades apontadas (cada uma referida por uma Instituição)

foram a inexistência de um profissional de referência, demora no atendimento e “outras dificuldades”, nomeadamente o facto dos profissionais do Centro de Saúde e Hospital não terem autorização para se deslocarem às Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e não existir um NACJR nos Centros de Saúde que se desloque às IPSS.

No que se refere à questão “*refira as expectativas relativas ao papel dos profissionais de saúde para o acompanhamento mais adequado destas crianças*” as Instituições que responderam referiram como expectativas:

- Maior atenção e celeridade na saúde e diagnóstico de saúde das crianças;
- Que os profissionais tenham um papel ativo e complementar importante no desenvolvimento equilibrado de cada criança institucionalizada;
- Que os profissionais recebam, cuidem e encaminhem as crianças de forma igualitária, sem que sejam associadas a uma Instituição;
- Existência de Médico disponível para contacto “via telefone” para um apoio constante, uma vez que, algumas crianças estão polimedicadas;
- Profissionais de saúde mais informados sobre a realidade emocional e social das crianças em acolhimento institucional;
- Informalidade, confidencialidade e imparcialidade;
- Celeridade na transferência dos processos clínicos aquando da institucionalização.

5.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na perspetiva de Fortin (1999), a partir dos dados são obtidos resultados, alvo de interpretação por parte do investigador e analisados em função do fenómeno em estudo, fundamentados à luz da revisão de literatura e do quadro conceptual.

No capítulo anterior realizámos a apresentação e análise dos resultados obtidos, procurando dar ênfase aos mais relevantes e a seguir apresentamos a sua discussão, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico da temática em estudo, nomeadamente com relatórios recentes.

A discussão tem como intuito encontrar evidências que nos permitam construir atitudes mais favoráveis e melhorar conhecimentos na área dos maus-tratos infantis e das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA), contribuindo para a intervenção mais assertiva com estas crianças.

Pretendemos ainda, indicar algumas sugestões promotoras de uma atitude reflexiva no sentido da prevenção dos maus-tratos infantis, da compreensão das PDCDA e da sua relação com os maus-tratos e quando já não é possível a prevenção, indicar algumas estratégias que ajudem a minimizar o impacto desses maus-tratos que motivaram a aplicação da medida de Acolhimento em Instituição, contribuindo para a promoção do bem-estar da criança.

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente, de acordo com as questões e objetivos de investigação inicialmente formulados, procurando realçar os resultados mais pertinentes que permitam responder a esses objetivos estabelecidos.

Com o intuito de refletir acerca das questões de investigação que nortearam este estudo, consideramos pertinente, analisar de forma crítica todos os resultados obtidos.

Quanto à **caracterização sociodemográfica** e no que se refere à distribuição por **sexo** constata-se um predomínio do sexo masculino no universo das crianças em situação de acolhimento com idades entre 6 e 12 anos e que integraram a amostra deste estudo – 52% rapazes e 48% raparigas. Também segundo o ISS (2013) no relatório da Caracterização Anual da Situação de Acolhimento (CASA) de 2012 verifica-se que, à semelhança de 2011, no universo das crianças e jovens em situação de acolhimento, uma tendência de ligeiro predomínio do sexo masculino – 4.319 rapazes (50,5%) contra

4.238 raparigas (49,5%), sobretudo até aos 14 anos, tendência que se inverte a partir dos 15 anos.

No que concerne à **idade** das crianças que integraram a amostra, verificamos que a média de idades do grupo de controlo (crianças não institucionalizadas) é de 9,92 e do grupo das crianças institucionalizadas de 10,01. Ainda que a diferença entre grupos não seja significativa, uma vez que se tentou obter uma amostra o mais homogénea possível, verificamos que para a faixa etária delineada (dos 6 aos 12 anos de idade), a média de idades é tendencialmente elevada (10 anos).

Estes resultados são o reflexo da realidade do Acolhimento Institucional em Portugal. Segundo o relatório CASA 2013, tem-se assistido, nos últimos anos, à alteração do perfil das crianças e jovens que entram no sistema de acolhimento, no sentido da população acolhida ser cada vez mais velha. Neste âmbito, a grande maioria dos acolhimentos diz respeito a adolescentes e jovens entre os 12 e os 20 anos, com um peso de 67,4% (5.688), seguindo-se as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 11 anos, com um peso de 32,6% (2.757), em que a representação dos 0 aos 5 anos é de 13,1% e dos 6 aos 9 anos, de 19,6% (CNIS, 2014).

Apesar de se verificar uma diminuição das crianças em situação de acolhimento nas faixas etárias mais precoces, o valor de 13,1% na faixa etária dos 0 aos 5 anos deve ser alvo de reflexão, sendo imperativo para as crianças entre os 0 e os 3 anos, o reforço de medidas que reservem o suporte familiar em meio natural de vida e, caso se tenha que optar pela retirada da criança à família, a colocação em Família de Acolhimento deverá ser privilegiada em detrimento da colocação institucional. Um estudo realizado pela agência Eurochild avança com a necessidade de os Estados Membros prevenirem o acolhimento institucional para as crianças até aos 3 anos, devendo esta ação ser monitorizada pela União Europeia. Esta proposta é suportada pelo reconhecimento internacional de que as crianças até essa idade que se encontram em meio institucional durante vários meses, apresentam atrasos de desenvolvimento irreversíveis (Pinheiro, 2011; ISS 2012).

De facto, os primeiros anos de vida são os mais críticos e vulneráveis do desenvolvimento de qualquer criança. Como referem os autores Brazelton e Greenspan (2002), é nos primeiros anos de vida que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral. Se não for nessa fase, é certo que uma

criança em desenvolvimento pode ainda vir a adquiri-las, mas a um custo muito mais elevado e com hipóteses de sucesso que vão diminuindo à medida que decorre cada ano.

A reflexão sobre a faixa etária inferior à da nossa investigação torna-se pertinente quando analisamos o tempo de institucionalização das crianças que integram a amostra e constatamos que este medeia entre o mínimo de 0 anos e o máximo 8 anos, obtendo-se uma média (M) de tempo de institucionalização superior a 2 anos (2,25); ainda que a percentagem mais elevada (44%) se verifique no período de 0 a 1 ano (22% institucionalizadas há menos de 1 ano e 22% com 1 ano completo), de imediato sobressai o período de 2 e 3 anos com 18% cada grupo; também deve ser alvo de reflexão, o facto de 20% das crianças que integraram esta amostra, estarem em acolhimento há 4 ou mais anos. Estes resultados permitem constatar que a permanência na Instituição ocorre por um período bastante prolongado.

Esta constatação é corroborada pelos resultados obtidos neste estudo e outros anteriormente realizados.

Segundo o Núcleo Distrital de Braga da Rede Europeia Anti Pobreza (REAPN, 2006), relativamente ao tempo de duração do acolhimento, 30% das crianças e jovens acolhidas tinham mais de seis anos de permanência em Lares, o que é excessivo e revelador das dificuldades sentidas para se encontrar alternativas à institucionalização.

A situação de acolhimento institucional ou familiar deverá ser sempre encarada como uma fase transitória e só deverá ser mantida quando esgotadas as possibilidades de se encontrar uma resposta do tipo familiar. Deste modo, o tempo de permanência no local de acolhimento pode ser um indicador importante para a avaliação do princípio da prevalência da família (LPCJP, 1999).

De acordo com o relatório CASA 2012, verifica-se que assume um maior peso o número de crianças e jovens acolhidos há um ano ou menos com 45,4%, sendo que as que se encontram em situação de acolhimento há mais de 4 anos representam 33,8%. As crianças e jovens institucionalizadas há 2 ou 3 anos representam 20,8 %. Estes resultados são semelhantes aos constantes no relatório CASA 2011, destacando-se como mais expressivas, quer as permanências curtas (até 1 ano) quer as longas (mais de 4 anos). Tendo como base o mesmo relatório, verifica-se igualmente, uma analogia com os dados de 2011, relativamente ao registo de algumas crianças e jovens que foram institucionalizadas desde que nasceram ou com pouco tempo de vida: 27,2% das

crianças com menos de 3 anos de idade estão acolhidas entre 1 e 2 anos e 13,5% entre 2 a 3 anos; 12,5% das crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 9 anos estão acolhidas entre 4 a 6 anos; 29,7% dos jovens com mais de 15 anos estão em situação de acolhimento há 7 ou mais anos, mantendo-se o registo de uma relação direta entre o avanço da idade das crianças e jovens e a permanência em situação de acolhimento (ISS, 2013).

Relativamente à **escolaridade**, todas as crianças e jovens que integraram a amostra, estão enquadradas no meio escolar, sendo que o grupo das crianças institucionalizadas, apresenta 4% de crianças que apesar de já terem 6 anos de idade ainda não transitaram para o 1º ciclo; também constatámos que apesar deste grupo ter 6 crianças no 7º ano de escolaridade e da média de idades ser superior ao grupo de controlo, apresentava uma distribuição mais baixa a partir do 2º ciclo de ensino, com 40% (33% do 2º ciclo e 7% do 3º ciclo) enquanto que no grupo das crianças não institucionalizadas essa percentagem aumenta para 55% no 2º ciclo.

Com base nestes resultados, podemos afirmar, que é perceptível algum insucesso escolar. Estes resultados coadunam-se com os dados apresentados no relatório do CASA (2012), onde se refere que em termos da progressão escolar das crianças a partir dos 11 anos, é constatada uma clara tendência para o insucesso escolar, mantendo-se à semelhança de anos anteriores, um aumento do insucesso escolar na idade de mudança dos ciclos escolares, nomeadamente aos 11 anos de idade que representam a transição do 1º ciclo para o 2º ciclo (idade que ainda integra a nossa amostra), o que é referido por vários autores como consequência dos maus-tratos (Canha, 2003; ISS, 2103; Carvalho, 2013).

Canha (2003) refere que as principais sequelas a longo prazo incluem, entre outros problemas, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso de linguagem e insucesso escolar.

Mais recentemente e de acordo com Isabel *et al* (2012), as consequências dos maus-tratos na área cognitiva, podem advir de lesões físicas, da fraca estimulação, ou de sintomatologia psicopatológica e abrangem: redução da curiosidade e pouco envolvimento das crianças e jovens em atividades novas; dificuldades de concentração, problemas de aprendizagem e maus resultados escolares.

No que concerne à **deliberação e aplicação da medida de proteção**, de Acolhimento em Instituição, na maioria das situações foi executada pelo Tribunal (76%) e apenas em

24% foi aplicada pela entidade CPCJ, o que revela que na maioria das situações não foi obtido consentimento dos pais para a intervenção da CPCJ, tendo o processo que transitar para o Tribunal. O mesmo é constatado a nível nacional em que predominam os processos instaurados em Tribunal (5 955) face a 1 998 processos da responsabilidade das CPCJ (ISS, 2013).

Este facto reitera a tendência de muitas famílias se oporem ao acolhimento o que é gerador, não só de dificuldades na relação com os técnicos gestores de caso e/ou técnicos das instituições, mas também tem reflexo nas próprias crianças, que percecionam profundamente a oposição dos pais em relação àqueles que assumem temporariamente os seus cuidados (*Idem*).

Neste contexto, segundo Furniss citado por Isabel *et al* (2012), é importante realçar que alguma da sintomatologia e das dificuldades manifestadas pelas crianças e jovens não são uma consequência direta das situações de maus-tratos, podendo ser potenciadas após a identificação do perigo, com a intervenção dos diferentes profissionais. São os designados efeitos de iatrogénicos, ou perturbações de carácter secundário.

A intervenção, que tem como objetivo eliminar ou reduzir as condições de mal-estar e vulnerabilidade da criança pode, paradoxalmente, desencadear mais mal-estar, quer à criança, quer à família em consequência de algumas situações, nomeadamente: falta de crédito às verbalizações da criança ou jovem; o elevado número de pessoas e instituições envolvidas na avaliação e intervenção no caso, frequentemente sem articulação; a dimensão legal (penal, de proteção, cível); a discriminação e segregação comunitária da família posterior à revelação da situação de maus-tratos (Finkelhor, 1984; Browne & Finkelhor, 1986; Furniss, 1992; citados por Isabel 2012).

Relativamente à medida aplicada pela CPCJ, ou seja com consentimento dos pais, é importante referir, que o acolhimento institucional é a terceira medida mais aplicada ou em execução no ano de 2013 (46,2%) registando, um crescimento de 2% em comparação com 2012.

No que concerne à **tipologia de mau trato** que motivou a aplicação da medida de acolhimento em instituição, verificou-se haver multiplicidade de situações de perigo na mesma situação, sendo que a percentagem mais elevada (82%) se refere a situações de negligência, seguida do mau trato psicológico (49%), ausência temporária da figura parental (32%); o mau trato físico (26%), exposição a modelos parentais com

comportamentos desviantes (20%), abuso sexual (12%), abandono (10%), mendicidade (3%), comportamento desviante (3%) e outras situações (2%). Com estes resultados sobressai o predomínio da negligência, mas também o mau trato psicológico.

Em termos nacionais e comparando com os dados da CNPCJR (2014), em 2013, as situações de perigo mais identificadas nos processos acompanhados (71567 processos) foram respeitantes a situações de negligência, exposição a modelos parentais com comportamento desviante, abandono/absentismo/insucesso escolar, maus-tratos psicológicos/abuso emocional e os maus-tratos físicos.

As situações de perigo estão indubitavelmente associadas ao **contexto familiar**. Da análise desse contexto, é de salientar que as 4 principais problemáticas relativas ao contexto familiar, nomeadamente, carência socioeconómica (77%), violência doméstica (36%), rutura familiar (33%), alcoolismo (32%), aparecem muitas vezes associadas e são de facto predominantes no contexto do presente estudo. É ainda de salientar a presença de doença psiquiátrica em 13% das situações.

A nível nacional e de acordo com os dados da CNPCJR (2012), relativamente à exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança (exposição a modelos parentais com comportamento desviante), verifica-se que 97,9% correspondem a situações de violência doméstica, 1,1% a consumo de estupefacientes e 1% ao consumo de álcool.

Estas problemáticas constituem também um grave problema no Distrito da Guarda, onde principalmente, a carência económica, a violência doméstica e o alcoolismo aparecem muitas vezes associadas (PDS 2012-2014).

Ruivo e Sani (2002), num estudo realizado em menores em situação de risco, consideram também como fatores de risco: baixo nível socioeconómico – este é um aspeto frequentemente encontrado na literatura como fator associado à emergência de situações de risco, sejam elas pautadas por maus-tratos, quer por comportamento disruptivo e condutas de pré-delinquência. Neste estudo foi constatado que os elementos do grupo de crianças em risco apresentavam níveis socioeconómicos significativamente mais reduzidos, quando comparados com crianças em que não se verificava uma situação de risco; famílias desmembradas – as situações de conflito e instabilidade familiar são com frequência citadas na literatura relacionada com maus-tratos, precedendo muitas vezes o aparecimento de comportamentos disruptivos. Neste estudo

foi constatado que a maior parte das crianças estudadas se encontravam em famílias que não constituíam o seu agregado de origem, nomeadamente famílias reconstituídas em que uma das figuras parentais era um elemento exterior à família ou em agregados monoparentais; baixas competências dos pais – constitui fator de risco, a existência de défices de funcionamento nos progenitores destes agregados, nomeadamente ao nível da competência social, competência e responsabilidade parental e persecução de objetivos de vida entre outros, o que dificulta o assumir o papel de pai/mãe na sua plenitude e toda a responsabilidade daí subjacente.

Canha (2003), sublinha os aspetos apontados e refere também, entre outros, o atraso mental de um ou de ambos os progenitores e hábitos de alcoolismo ou de consumo de drogas.

Também o Núcleo Distrital de Braga da REAPN (2006) refere que a caracterização dos familiares de onde emergem estas crianças, revela uma importante desestruturação familiar a qual ronda os 55,8%, enquanto as questões socioeconómicas afetam 47,4%. Refere ainda, que as problemáticas das famílias das quais foram retirados, 70,7% respeitavam a situações de negligência, enquanto 22,3% diziam respeito a alcoolismo e 10,2% a debilidades psíquicas.

Relativamente ao **contacto familiar direto** das crianças institucionalizadas, deve ser considerado um aspeto pertinente na (re)construção do projeto de vida de cada criança. Este estudo revelou, que 74% das crianças mantêm contacto com familiares diretos (pais), sendo a periodicidade mais frequente alocada ao contacto semanal (25 %); no entanto, em 30% os contactos são espaçados no tempo (1 mês ou mais). Em 26% dos casos não existe qualquer contacto.

A elevada percentagem de manutenção do contacto com os pais, coaduna-se com o projeto de vida de reintegração na família de origem. No entanto, é um projeto de vida que se tem mostrado de difícil concretização.

Segundo o ISS (2012), é notória a insistência em projetos de reunificação familiar, que não se têm concretizado. Pressupõe-se que esta realidade estará relacionada com situações demasiado complexas onde interagem afetos, muitas vezes desajustados, da família às respetivas crianças e jovens e, simultaneamente, o prognóstico reservado sobre a real reorganização familiar para a assunção segura de responsabilidades parentais capazes de garantir a concretização efetiva de tais afetos e das demais

necessidades em meio natural de vida. É este o paradoxo que marca a vida de muitas crianças e jovens separados por tempos intermináveis daqueles que os deveriam cuidar e educar. Recebem as suas visitas mais ou menos regulares e as promessas de próxima reunião, sem que se verifique qualquer mudança que lhes permita a concretização desse projeto.

Também de acordo com os dados nacionais do ISS (2012, 2013), mantém-se a linha de continuidade dos anos anteriores, verificando-se a predominância dos projetos de vida para a autonomização e reintegração na família nuclear, seguindo-se a adoção. O projeto de vida para autonomização continua a sobressair (36,5% em 2011), e refere-se a jovens que não tendo a possibilidade de regresso ao seu meio familiar, necessitam de se manter em situação de acolhimento por um período prolongado até durante o qual deverão ser estimuladas e apoiadas as suas competências pessoais e sociais, visando exatamente a sua preparação para a plena autonomia futura. O projeto de vida para a reunificação da família nuclear também continua a ter um grande peso (30,7%), no entanto, este projeto exige uma intervenção que se requer ágil e muito articulada entre equipas envolvidas para junto dos familiares se identificarem, ou não, objetivamente as condições que garantam a séria capacidade de responsabilidade parental.

É importante refletir e repensar a (re) construção de projetos de vida que se coadunem com a realidade individual de cada criança e jovem, num trabalho delicado e difícil como se reflete no tempo excessivo da institucionalização, facto constatado neste estudo em que, 20% das crianças, já se encontram em situação de acolhimento há 4 anos ou mais.

Para analisarmos as **características do comportamento das crianças** dos grupos que constituem a amostra, como já foi referido, utilizámos o *Questionário de Comportamentos da Criança CBCL 6 – 18 (Child Behavior Checklist Form for Ages 6 - 18)*, que integra as dimensões: Ansiedade / Depressão; Isolamento / Depressão; Queixas Somáticas; Problemas Sociais; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Delinvente; Comportamento Agressivo; Outros Problemas. De acordo com os resultados apresentados na tabela 9, do ponto 5.2, constatamos que em todas as dimensões, o grupo das crianças institucionalizadas apresenta uma média mais elevada, ou seja estão mais susceptíveis a desenvolverem perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA).

Também em termos nacionais, se continua a dar uma relevância especial à análise de características particulares, nomeadamente em termos da saúde, uma vez que como descrito anteriormente no enquadramento teórico, estas crianças estão mais vulneráveis ao aparecimento de problemas tais como, problemas de comportamento, toxicodependência, problemas de saúde mental e deficiência física. De acordo com os dados do relatório da CASA 2012, continua a constatar-se uma elevada prevalência de problemas de comportamento das crianças e jovens acolhidos, verificando-se mesmo um aumento de 14,1% em 2010 para 18,1% em 2011 e para 19,5 em 2012 (ISS, 2013).

Chegados a este ponto da nossa análise e discussão dos resultados obtidos, passamos a centrar a reflexão em torno das hipóteses elaboradas e testadas com o intuito de salientar os dados mais significativos do nosso estudo.

A **hipótese 1** analisa se o género das crianças em estudo está relacionado com a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA).

A classificação média obtida no nosso estudo, remete-nos para valores mais elevados para as crianças do sexo feminino, a nível das dimensões *ansiedade/depressão* (103,34 vs 97,88) e *queixas somáticas* (106,40 vs 95,06); todas as outras dimensões apresentam valores mais elevados para as crianças do sexo masculino. *isolamento/depressão* (100,83 vs 100,14), *problemas sociais* (101,89 vs 98,99), *problemas de pensamento* (103,39 vs 97,37), *problemas de atenção* (107,21 vs 93,23), comportamento delinquente (105,13 vs 95,48), *comportamento agressivo* (101,36 vs 99,57), e *outros problemas* (107,58 vs 92,83).

Estudos internacionais apontam para uma prevalência de cerca de 5% das Perturbações do Comportamento em idade escolar, com predomínio no sexo masculino. As Perturbações de Oposição também são mais frequentes no sexo masculino e parecem constituir uma forma atenuada ou inicial das Perturbações do Comportamento. A maioria dos casos de diagnóstico deste tipo de perturbações durante a infância mantém os sintomas na adolescência. Nos rapazes em idade escolar predominam os comportamentos de oposição e heteroagressivos, que evoluem com frequência para comportamentos de características anti-sociais na adolescência. As raparigas apresentam menos comportamentos agressivos, mas mais atitudes de manipulação e, na

adolescência, são habituais os comportamentos de risco, nomeadamente de cariz sexual, com risco de gravidez precoce. (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009; CNSM, 2009).

Também de acordo com o DSM-IV da APA (2002), a prevalência da perturbação do comportamento para o sexo masculino é de 6 a 16%, sendo que no sexo feminino varia entre 2 a 9%.

No entanto, apesar da média ser de facto mais elevada nas crianças do género masculino, no nosso estudo não se verificou uma relação estatisticamente significativa para as várias dimensões do CBCL.

A **Hipótese 2** equaciona a existência de uma relação positiva entre a idade e a prevalência das PDCDA em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas.

Verificamos que entre a idade e as dimensões *isolamento/depressão* e *problemas de atenção*, as correlações são positivas e significativas. No entanto nas restantes dimensões a correlação não é estatisticamente significativa.

Estes resultados têm sustentabilidade ao verificarmos o alerta que a CNSM (2009) faz, ao referir que muitas das perturbações mais frequentemente observadas em adultos podem ter início durante a infância, sendo a depressão um exemplo, que atualmente tem vindo a ser diagnosticada com frequência crescente na infância e na adolescência.

É pertinente referir, que a maioria dos casos de diagnóstico deste tipo de perturbações durante a infância mantém os sintomas na adolescência (Pardilhão, 2009).

Também Torres *et al* (2011), refere que a agressividade detetada nos primeiros anos de vida tem uma conotação direta ao comportamento delinvente e criminoso no futuro, o que indica que as intervenções preventivas durante os primeiros anos de vida são importantíssimas para reduzir a prevalência e a gravidade do comportamento agressivo no futuro.

As Perturbações do Comportamento são situações psicopatológicas complexas e de difícil tratamento. A deteção precoce e a implementação de medidas de vigilância e apoio às famílias em risco parecem ter resultados mais positivos do que atuações tardias. Casos com sintomatologia múltipla, de gravidade moderada a severa e com disfunção familiar coexistente podem evoluir para Perturbações de Personalidade na idade adulta (Pardilhão 2009).

Assim, a prevenção de problemas de comportamento na infância deve ser uma prioridade nas políticas de saúde, visto a taxa de frequência de problemas de comportamento em crianças atingir índices alarmantes, chegando a 35% em famílias com carências económicas (Webster- Stratton, et al., 2004).

Apesar de Portugal ainda não contar com dados estatísticos organizados relativamente à prevalência de crianças com problemas de comportamento, a prática clínica revela o crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa (Benavente, 2001).

A **hipótese 3** pretende verificar se a prevalência das PDCDA é mais elevada no grupo das crianças institucionalizadas, pelo que procedemos à comparação entre os dois grupos da amostra.

No nosso estudo a hipótese foi confirmada, tendo sido obtida uma classificação média mais elevada em todas as dimensões para o grupo das crianças institucionalizadas. Estes resultados são estatisticamente muito significativos ($p \leq 0,01$) em todas as dimensões do CBCL, à exceção da dimensão “*queixas somáticas*” em que a relação não é estatisticamente significativa.

Estes resultados estão de acordo com vários estudos realizados em que são identificados um conjunto de consequências da vivência de maus-tratos na infância e adolescência, a curto e a longo prazo, a nível comportamental, designadamente: sintomatologia depressiva, comportamentos autodestrutivos, tentativa de suicídio, falta de autoconfiança, baixa autoestima, culpa; contacto social superficial e ambivalente, dificuldade em confiar nos outros; perturbações de ansiedade, particularmente algumas fobias, Perturbação de Stress Pós-traumático; Pseudomaturidade, associada a uma falsa autonomia, resultante do processo de parentificação da criança e da necessidade de “sobreviver” crescendo depressa demais; dependência emocional e relacional; padrões de vinculação insegura; agressividade, delinquência e envolvimento em violência física, sexual e/ou psicológica com pares, na intimidade e com os filhos no futuro, como agressores ou como vítimas; comportamentos sexuais de risco ou desadequados, promiscuidade, gravidez precoce, disfunções sexuais orgânicas, prostituição; consumo de álcool e substâncias tóxicas (Canha, 2003; Martins, 2004; Pinheiro 2011; Isabel, 2012).

Para além das consequências diretas dos maus-tratos, acresce nestas crianças e jovens, a quem é aplicada a medida de acolhimento em instituição, as consequências da separação

do meio familiar e o impacto da própria instituição (dotada de uma organização diferente do meio familiar) que desencadeia perturbações emocionais, físicas, intelectuais, de abandono afetivo e que se repercutirão ao longo da sua vida (Alberto, 2002; Silva, 2004; Martins, 2004; Alarcão, 2006).

Segundo Martins (2004), o que se verifica no desenvolvimento da criança institucionalizada é quase o inverso do que ocorre no desenvolvimento da criança em um meio familiar adequado. A criança, quando institucionalizada, vive uma relação de exterioridade e de interioridade. A exterioridade relaciona-se com a adaptação à comunidade e ao seu novo ambiente, como modo de expressão das suas capacidades. A interioridade está relacionada com o modo de expressão do seu “*eu*”, da sua própria natureza interior que poderá ser problemática na afetividade. A interioridade necessita da exterioridade para manter uma relação recíproca, equilibrada e forte.

Estes resultados são também convergentes com os encontrados por outros autores (Chakraberti & Hill, 2000; Courtney & Iwaniec, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Instituto de Segurança Social, 2010; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), que evidenciam a alteração do perfil da criança/jovem em acolhimento institucional ao longo do tempo, sublinhando as dificuldades sócio comportamentais como umas das principais preocupações, sobretudo pela idade cada vez mais precoce com que surgem.

Sabe-se também que as crianças acolhidas, com um historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), podendo a separação da família de origem, a conflitualidade inerente e as próprias condições de institucionalização desencadear ou acentuar estas manifestações.

Segundo carvalho (2013), também em Portugal, para além das situações de perigo tipificadas na Lei, das quais resulta a necessidade de retirada da família da criança e do jovem, acrescem outras problemáticas identificadas pelos serviços oficiais, das quais se destacam, os problemas de comportamento (19,5% do total da população acolhida em 2012, com representação significativa no grupo etário 15-17 anos), deficiência mental (7,3%), debilidade mental (6,4%), problemas de saúde mental (4,0%), deficiência física (2,9%), doença física (2,9%), toxicod dependência (2,1%).

Como é referido no relatório do ISS (2012), a manifestação de multiproblemáticas poderá, por um lado, evidenciar a necessidade de maiores suportes externos à instituição, mas também concomitantemente, que os modelos de intervenção possuam uma abrangência suficientemente adequada e capaz de integrar as diferentes realidades individuais.

Perante a problemática dos problemas de comportamento crescentes, nas respostas de acolhimento, é fundamental o investimento numa arquitetura interventiva suscetível de permitir ambientes terapêuticos que permitam um olhar e atuação especial e especializada para a resolução dos problemas de saúde mental, em efetiva consonância com os serviços de saúde. A experiência individual e a formação continuada dos educadores também terá de ser muito valorizada e orientada para o bom entendimento e atendimento a estas crianças e jovens, mas acima de tudo, o perfil psicológico destes profissionais tem, cada vez mais, que ser assumido como fator essencial a ter em atenção na execução de tarefas educativas tão complexas. Tarefas que implicam sempre um elevado nível de exigência mesmo quando não se trate de respostas onde se encontrem somente crianças e jovens com problemas de comportamento e saúde mental (ISS, 2012).

A **hipótese 4** tem como intuito analisar se o tempo de institucionalização está relacionado positivamente com a prevalência das PDCDA.

A permanência em instituição é um dos principais indicadores de caracterização do sistema nacional de acolhimento, permitindo identificar até que ponto o que se encontra legislado é devidamente cumprido. Nesse sentido, os dados disponíveis apontam para que, ao longo dos anos, os tempos definidos na Lei, especialmente os que se reportam ao acolhimento de emergência e à colocação em Centro de Acolhimento Temporário, poucas vezes sejam cumpridos, tendo-se tornado norma aquilo que a Lei de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo determinou como exceção (Carvalho, 2013).

Esta realidade do nosso país é preocupante, quando sabemos que na formulação original da Teoria da Vinculação, Bowlby partiu da evidência de que separações prolongadas da figura materna levavam as crianças a vivenciarem sentimentos de abandono e rejeição (Bowlby, 1981, 1984, citado por Pinhel, Torres e Maia, 2009), que se refletiam em perturbações de comportamento e dificuldades de relacionamento, sublinhando a frequência com que a raiva surge após situações de separação e perda, podendo

intensificar-se de forma disfuncional. Em separações que se prolongavam no tempo, verificou-se que as crianças tendiam a apresentar-se emocionalmente retraídas e isoladas, não conseguindo estabelecer relações afetivas saudáveis com outras crianças e adultos, mostrando-se indiferentes, lentificadas, infelizes e incapazes de reação (Bowlby, 1981, 1984 citado por Pinhel, Torres e Maia, 2009).

Cueno (2009) refere que as crianças institucionalizadas, por mais de um ano, demonstram uma carência afetiva muito forte, medo, sofrimento, baixa auto-estima, sentimentos de rejeição e isolamento que costumam ser verificados, justamente, como efeitos da institucionalização prolongada.

A institucionalização prolongada impede a ocorrência de condições favoráveis para o pleno desenvolvimento da criança devido a diversos aspetos, nomeadamente, a submissão a rotinas rígidas, o convívio restrito com as mesmas pessoas, a precariedade de atenção individualizada, a falta de vida em família sem a oportunidade de trocas afetivas emocionalmente significativas e a limitação das suas possibilidades e oportunidades de desenvolver relações sociais amplas e diversificadas (Cueno, 2009).

Neste contexto, percebemos que crianças precocemente institucionalizadas, com uma trajetória quase sempre pautada pela interrupção de cuidados e pela alternância, muitas vezes sucessiva, de figuras de referência constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de padrões inseguros de vinculação, que quase sempre estão na base dos problemas de comportamento, tanto a nível internalizante como externalizante, frequentemente exibidos por esta população.

De acordo com a literatura, no nosso estudo, a hipótese que relaciona tempo de institucionalização e prevalência das PDCDA, é confirmada parcialmente, verificando-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) nas dimensões *problemas de atenção e outros problemas*.

A **hipótese 5** pretende verificar se existe relação entre determinado tipo de mau trato e a prevalência de PDCDA.

De acordo com vários estudos, algumas das consequências dos maus-tratos são o desenvolvimento de um padrão de vinculação desorganizado, défices no desenvolvimento intelectual, cognitivo, social, físico e sexual, dificuldades na regulação emocional, problemas interpessoais em contexto escolar e familiar, sintomas dissociativos, baixa auto-estima, suicídio e desenvolvimento de perturbações

psicológicas, quer na infância, quer na idade adulta (Cicchetti & Toth, 1995, Canha, 2002, Gibb, 2002, Green, 2003, Gustafson & Sarwer, 2004 citados por Maia *et al*, 2007).

As consequências dos maus-tratos podem de facto ser avassaladoras e perpetuadas no tempo. É pertinente destacar, o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, uma vez que a investigação tem demonstrado que as histórias de maus-tratos são muito mais frequentes nas pessoas com diagnóstico psiquiátrico do que em populações avaliadas na comunidade (Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2001).

Apesar de não ser possível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de mau trato e as suas consequências a longo prazo, uma vez que, na maior parte das crianças vítimas de maus-tratos, estão presentes mais do que um tipo e em todas as situações está sempre implícita a presença de maus-tratos psicológicos, da análise inferencial realizada, constatamos que existem relações estatisticamente significativas entre alguns tipos de maus-tratos e algumas dimensões do CBCL, nomeadamente: Mau trato físico e as dimensões *queixas somáticas, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, isolamento/depressão e comportamento delincente*; negligência e *problemas de pensamento*; abuso sexual relacionado com *problemas de pensamento e comportamento delincente*; abandono relacionado com problemas de *ansiedade/depressão*.

Estes resultados mostram que é o mau trato físico que está relacionado com maior nº de dimensões do CBCL, logo seguido do abuso sexual.

Afifi *et al.* (2006) refere que o abuso físico está positivamente associado a problemas de comportamento e à falta de ajustamento social como o abuso ou dependência de álcool e problemas de externalização.

Outros estudos referem que as crianças abusadas fisicamente, que apresentam problemas de comportamento, tendem a ser mais agressivas com os seus pares e com os adultos, mostrando maior dificuldade na relação interpessoal e na capacidade de empatizar com o outro (Azevedo & Maia, 2006; Oates, 2004).

Relativamente ao abuso sexual, Swanston, Tebbutt, O'Toole, & Oates, (1997), citados por Pulga (2012), observou-se um maior número de comportamentos desadequados, autoestima mais baixa, mais sentimentos de tristeza e de ansiedade, maior probabilidade de autoagressões e tentativas de suicídio em crianças vítimas de abuso sexual quando

comparadas com crianças não abusadas. Stovall-McClough e Cloitre (2006), citados por Pulga (2012) registraram uma relação entre a história de abuso sexual ocorrido na infância e o abuso de substâncias (álcool e drogas). A investigação tem mostrado que quando a agressão sexual é perpetrada pelo(a) prestador(a) de cuidados, o risco de doença mental aumenta.

Também é assumido, que a negligência tem consequências graves na criança, não promovendo o desenvolvimento psicológico (intelectual, emocional), social (acadêmico, interpessoal), fisiológico, e contribuindo para o surgimento de problemas de comportamento, desajustamento social e atrasos de desenvolvimento (Calheiros, 2006; Lounds, Borkowski, & Whitman, 2006).

Apesar de no nosso estudo não se ter encontrado uma relação estatisticamente significativa entre maus-tratos psicológicos e as várias dimensões do CBCL, este tipo de maus-tratos parece estar associado a uma ampla gama de problemas comportamentais, emocionais e sociais (Tonmyr *et al.*, 2011). Também Donovan e Brassard (2011) compilaram um conjunto de pesquisas e concluíram que os efeitos mais frequentes dos maus-tratos psicológicos em amostras comunitárias são a depressão, a ausência de perspectivas de futuro, o aumento da raiva/agressividade e a baixa autoestima; em amostras clínicas surgem as tentativas de suicídio e automutilação, sentimentos de culpa, falta de perspectivas futuras, baixa autoestima e sintomas de *stress* pós traumático. Nesta meta-análise, Donovan e Brassard (2011) verificaram que os efeitos a nível comportamental e de ajustamento social associados aos maus-tratos psicológicos são, uma maior probabilidade de delinquência, de problemas de conduta, fuga de casa, de violência, de uso e tráfico de substâncias, de isolamento social, baixa competência social, de problemas de ajustamento, de problemas interpessoais, de posse de arma, de menor aceitação social, de hostilidade, de problemas de internalização/externalização e de se tornar um agressor sexual.

No entanto, e de acordo com vários estudos, os efeitos das diferentes formas de abuso são cumulativas e a gravidade das consequências depende de vários fatores: o tipo e a duração do abuso; o nível da violência e das ameaças sofridas; o grau de relacionamento com o abusador; a idade; o nível de desenvolvimento e a personalidade da criança. De salientar, que os maus-tratos intrafamiliares são os que geram consequências mais graves, na medida em que há perda dos sentimentos de confiança e segurança no seu

meio natural de vida, constituindo uma ameaça profunda para o seu desenvolvimento (Magalhães, 2002; Canha 2003; Smith e Fong, 2004).

Genericamente, os comportamentos violentos desenvolvem na criança uma fraca autoestima, medo, ansiedade, perturbação psicológica e emocional. Em casos extremos, podem levar à autodestruição/suicídio, pois estes comportamentos não propiciam experiências de vida que permitam à criança desenvolver a sua autoestima, o sentimento de ser amado e querido, de segurança e tranquilidade e portanto o seu desenvolvimento saudável.

Relativamente à **hipótese 6** que tem como intuito verificar a existência de relação entre algumas problemáticas do contexto familiar em que a criança vítima de maus-tratos estava inserida aquando da institucionalização e a prevalência de PDCDA, podemos afirmar que se confirma essa relação em algumas dimensões, nomeadamente: entre violência doméstica e a prevalência de *problemas de atenção*; detenção e a prevalência de *isolamento/depressão* e *comportamento delinquente*; rutura familiar e a prevalência de *comportamento delinquente*.

De um modo geral, poder-se-á afirmar que as famílias que enquadravam quotidianamente estas crianças, antes de elas serem institucionalizadas, viviam e/ou vivem em condições que correspondem a situações de famílias multiproblemáticas e de exclusão múltipla.

Os baixos níveis de escolaridade e literacia, a desqualificação profissional e do desemprego, as fortes carências materiais e afetivas, a adoção de condutas ilícitas funcionam como um fator agravante que se cruza com dinâmicas de auto-exclusão e conduz estas famílias ao isolamento e à marginalidade. Uma das características mais marcantes das famílias, que se vêem envolvidas neste tipo de ambientes adversos e que vêm a adoptar modos de vida mais ou menos desviantes, reside exatamente na progressiva desestruturação ao nível dos laços afetivos e da composição familiar em que estes estão fundados. A maior precariedade, não só material, mas também afetiva, favorece a reprodução de casos de promiscuidade familiar e/ou monoparentalidade (Mucha e Cruz, 2008).

Outro estudo que corrobora a nossa hipótese é o estudo de Dessen e Szelbracikowski (2007) em que os autores referem que há uma tendência em considerar os problemas de comportamento exteriorizado, incluindo a agressão, como determinados por múltiplos

fatores que interagem entre si. Pesquisas cujo objetivo é examinar os contextos socioculturais que podem expor a criança à situação de risco têm investigado, sobretudo, fatores como ambientes familiares adversos, práticas parentais inadequadas e rejeição de companheiros na escola (Ackerman, Brown & Izard, 2003; Baker & Heller, 1996; Brannigan, Gemmell, Peval & Wade, 2002; Hann & Borek, 2001; Kim, Hetherington & Reiss, 1999, citados por Dessen e Szelbracikowski, 2007). Dentre tais fatores, as práticas parentais constituem fortes evidências da associação com problemas de comportamento (Schoppe, Mangelsdorf & Frosch, 2001).

Segundo vários autores (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Overbeek, Schipper, Lamers-Winkelmann & Schuengel, 2012), crianças que testemunham violência familiar encontram-se em risco de desenvolverem problemas psicossociais, cognitivos e comportamentais. Também de acordo com Sideli, Mule, Barbera & Murray (2012) e Mennen, Matthew & Penelope (2010), crianças vítimas de maus-tratos apresentam uma maior tendência em desenvolver problemas psiquiátricos, como depressão, stress pós-traumático e suicídio.

Também Matos *et al.* (2013), refere que a violência doméstica afeta seriamente o desenvolvimento psicológico e social, remetendo para a necessidade do desenvolvimento e implementação de intervenções eficazes que identifiquem, previnam e ajudem as famílias.

Neste contexto, a família é considerada essencial para o desenvolvimento das crianças. Crianças que crescem numa família disfuncional, vítimas de maus-tratos, correm o risco de apresentar déficit ao nível social e emocional. Acresce a estas consequências nefastas a necessidade última de recurso à resposta da Institucionalização e que implica o corte das relações familiares, sociais e emocionais.

Finalmente, a **hipótese 7** equaciona a existência de correlação entre o contacto periódico das crianças institucionalizadas com os seus familiares diretos e a prevalência das PDCDA.

No entanto, no nosso estudo apenas se verifica que existe uma correlação negativa e significativa estatisticamente entre o contacto familiar e a prevalência de *problemas sociais*, ou seja, quanto menor é o contacto destas crianças com os pais e/ou familiares diretos, maior a tendência para apresentarem problemas de comportamento de ordem social.

Esta hipótese é sustentada por alguns autores ao referirem que a privação do meio familiar pela institucionalização reflete sempre uma abrupta e grave rutura nos vínculos pessoais e sociais estabelecidos, o que possibilita uma vivência subjetiva de abandono relativamente à família, com as atribuições depreciativas e de auto desvalorização que tal separação acarreta (Alberto, 2004, Carvalho, 2013).

Neste contexto, a intervenção decorrente tem por princípio de que o acolhimento em instituição é uma situação temporária, que deve centrar-se no futuro da criança e em que se mobilizam todos os agentes sociais tendo em vista a sua (re)integração social e/ou familiar. Às instituições de acolhimento são atribuídas responsabilidades de natureza diversa, nomeadamente, jurídica, social, educativa, escolar, entre outras, que asseguram os compromissos que por natureza são atribuídos aos pais. Perante estas responsabilidades, é fulcral que as instituições, ao substituírem temporariamente a família de origem, assumam o significado de família junto das crianças e jovens que acolhem, fornecendo-lhe o mais adequado suporte tendo em vista o seu desenvolvimento biopsicossocial e o colmatar das necessidades específicas decorrentes das situações de perigo que conduziram à sua retirada do contexto familiar (Alves 2007, citado por Carvalho, 2013).

Todavia, Cueno (2009) considera que mesmo a instituição atingindo uma atmosfera de ambiência familiar artificialmente criada, somente uma relação familiar propicia um sentimento de intimidade, cumplicidade e um convívio mais afetuoso, personalizado e individualizado.

Perante as consequências nefastas dos maus-tratos e concomitantemente afastamento do seu contexto familiar, estas crianças e jovens necessitam de um acompanhamento individualizado e efetivo.

Este aspeto do contacto familiar está intimamente relacionado com o tempo de institucionalização (já abordado anteriormente) e com o projeto de vida definido para criança que se encontra em acolhimento institucional.

No que concerne ao **projeto de vida**, este pode e deve ser considerado uma chave mestra na intervenção a desenvolver durante o período de acolhimento. É um direito de cada criança e jovem, razão pela qual, se tem procurado nos últimos anos impulsionar a sua operacionalização no contexto institucional onde a criança e jovem se encontra integrada (ISS, 2012).

Um Projeto de Vida com boa sustentabilidade obedece a vários indicadores referidos pelo ISS (2009), nomeadamente: diagnóstico completo da situação da criança e família, para qual a mesma contribui, bem como todas as entidades parceiras envolvidas no processo; a família (quando existe) estabelece uma relação de confiança e proximidade com a resposta de acolhimento; existe um Plano de Intervenção em que as ações são planeadas conjuntamente com a criança e família e correspondem a necessidades individuais; a família, sempre que possível, é envolvida em ações com a criança dentro e fora da instituição; as visitas são observadas, registadas e são utilizadas para a intervenção com a família e para a definição do projeto de vida; existem reuniões regulares entre a resposta de acolhimento e o gestor de caso para avaliação da intervenção e discussão do projeto de vida; são criadas oportunidades de mudança e o projeto de vida é discutido com base nos resultados e respostas da família aos apoios prestados.

Na prossecução do projeto de vida, que passa tantas vezes pela reintegração na família de origem, e na perspetiva de promoção do bem-estar e segurança da criança, as intervenções dos técnicos devem centrar-se em três vertentes: nas capacidades parentais para prestar cuidados básicos, garantir a segurança, o apoio emocional, a estimulação, regras educacionais e estabilidade; nos fatores familiares e ambientais que integram o funcionamento e história familiar, opinião geral sobre a família, condições de habitabilidade, emprego, rendimento económico, integração social da família, recursos comunitários e a família alargada; ao nível das necessidades da criança (Bentovim e Miller, 2007).

Todos os resultados apresentados e confrontados com o suporte teórico de alguns autores, constituem matéria reflexiva importante para o objetivo de investigação que norteou este estudo - Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: comparação entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas, tendo como aspeto a considerar e relevante, o papel dos profissionais de saúde nesta área.

Neste âmbito, o conhecimento do desenvolvimento infantil, dos fatores de risco e proteção, ajuda-nos a planear estratégias de intervenção para detetar situações de maus-tratos, mas principalmente para trabalhar na prevenção das mesmas. As evidências dos efeitos das estratégias de prevenção destacam, que uma família estável tem um efeito poderoso na proteção da criança, devendo estes fatores ser implementados nas

comunidades onde existem níveis baixos de coesão social (Dias Huertas, 2001; Smith e Fong, 2004; WHO e ISPCAN, 2006).

É pertinente referir, de acordo com a DGS (2007), que as instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Nesse contexto, têm responsabilidades acrescidas na deteção precoce de fatores de risco e de sinais de alarme na sinalização de situações de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo.

De facto, o investimento para a melhoria da capacidade de intervenção sobre as situações de crianças e jovens em perigo, a nível da prevenção, mas também da sinalização e intervenção no contexto familiar ou institucional, é sem dúvida, um dos objetivos que devemos privilegiar e ter sempre presente enquanto profissionais de saúde.

É no entanto de referir, que o papel da saúde percecionado pelas equipas técnicas das instituições participantes é redutor e limitado a intervenções esporádicas e descontinuadas aquando da necessidade da procura de cuidados de saúde.

Neste estudo, verificou-se que as parcerias com os serviços de saúde são escassas, não existindo um apoio regular da equipa de saúde do Centro de Saúde ou Hospital local, às crianças da instituição. É mesmo a este nível que são apontadas as principais dificuldades, nomeadamente, deficiente articulação e inexistência de uma profissional de referência. No entanto, constatou-se que as expectativas das instituições de acolhimento relativamente aos serviços de saúde são elevadas, quer em termos do acompanhamento global da criança e mesmo na colaboração no seu projeto de vida.

Estes resultados, reforçam a importância dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros com a sua visão e intervenção que se pretende holística em todos os contextos, terem uma intervenção mais ativa e estruturante nas diversas equipas que têm o privilégio de integrar, desde a equipa de saúde familiar à comunidade, até aos NACJR e mesmo CPCJ.

A saúde está comprometida na prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos infantis. Neste âmbito, existem linhas orientadoras da Direção Geral de Saúde, divulgadas no Programa de Saúde Infanto-juvenil, no Plano Nacional de Saúde Mental,

no Plano Nacional de Saúde e no Guia Prático sobre Maus-Tratos em Crianças e Jovens, este último publicado em fevereiro de 2011.

É ainda importante realçar a importância do Sistema Nacional de Intervenção Precoce, dos NACJR existentes nos Centros de Saúde e Hospitais que integram recursos humanos, nomeadamente enfermeiros, com formação para responder adequadamente às situações do ponto de vista diagnóstico, terapêutico e legal. Constitui também uma mais-valia, a existência (embora em número insuficiente) de equipas multidisciplinares especializadas na área psicoterapêutica com respostas de intervenção e seguimento nos departamentos de pedopsiquiatria.

O enfermeiro e médico de família que se encontram num contexto privilegiado de atuação tem o dever primordial de proteger a criança e jovem. Enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, as responsabilidades são acrescidas, pois como se refere no Regulamento nº123/2011, p. 8653 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem):

São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

O Regulamento citado especifica ainda, que cabe ao enfermeiro especialista: identificar situações de risco para a criança e jovem, nomeadamente, maus-tratos, negligência e comportamentos de risco; sensibilizar os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção; assistir a criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

Cada um, enquanto profissional ou membro da comunidade, tem a responsabilidade de agir e pelo menos minimizar este flagelo dos maus-tratos a crianças, que como fomos referindo ao longo de todo o estudo, está intimamente relacionado com a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de déficit de atenção e têm consequências nefastas que se perpetuam no tempo.

CONCLUSÃO

Entre os desígnios fundamentais dos direitos da criança, destaca-se o direito a crescer num clima de amor, afeto, compreensão, segurança moral e material, com os cuidados e sob a responsabilidade dos seus pais, mas, quando estes não asseguram estas condições, cabe à sociedade e às autoridades públicas o dever de cuidar especialmente destas crianças.

Acompanhando a história da Humanidade, o respeito, zelo e proteção pelos valores da Criança constitui um dever de todos, mas, acima de tudo, deve ser assumido como uma responsabilidade da Equipa Multidisciplinar, na qual os profissionais de saúde devem ter uma papel ativo e relevante.

Perante a importância que esta temática assume na área da Saúde, e tendo consciência das especificidades inerentes, este estudo revestiu-se de extrema importância e interesse, no que respeita à reflexão acerca da prática como profissional de saúde com participação ativa em equipas do 1º e 2º nível de intervenção na área da criança em perigo, nomeadamente, no Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Relançar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma reflexão final é o desafio que neste momento se coloca. Assim, alicerçada nos objetivos traçados neste processo investigativo e nos resultados obtidos, salientamos algumas considerações que a seguir são apresentadas.

1. A amostra foi constituída por 200 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, dividida em 2 grupos: 100 crianças institucionalizadas e 100 crianças não institucionalizadas.
2. O estudo permite verificar que o conjunto de variáveis sociodemográficas analisadas, nomeadamente, género, idade e contacto periódico com familiares, não revelam relações estatisticamente significativas, pelo que não se relacionam de forma direta com a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção. Já no que se refere ao tempo de institucionalização, é constatada uma correlação positiva e estatisticamente significativa nas dimensões relacionadas com *problemas de atenção e outros problemas*.

3. Tal como em estudos anteriores, confirmámos que as crianças acolhidas com um historial de maus-tratos, têm maior probabilidade de desenvolverem perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, o que obviamente constitui um aspeto relevante a ter em conta aquando da aplicação da medida e um alerta para a necessidade das Instituições de acolhimento serem dotadas de um equipa técnica especializada para cuidar destas crianças.
4. No que concerne à tipologia de mau trato que motivou a aplicação da medida de acolhimento em instituição, é referida a negligência com a percentagem mais elevada, seguida do mau trato psicológico, ausência temporária da figura parental; o mau trato físico, exposição a modelos parentais com comportamentos desviantes (violência doméstica), abuso sexual e abandono; pouco frequentes a mendicidade e comportamento desviante, o que se justifica atendendo à faixa etária escolhida. No entanto, verificou-se haver uma multiplicidade de situações de perigo na mesma situação, o que se coaduna com estudos anteriormente realizados e o que conduziu a que não fosse possível estabelecer uma correlação simples entre o tipo de mau trato e as suas consequências a longo prazo.
5. Dos múltiplos fatores de risco que interferem negativamente na vida da criança emergem, como determinantes no desequilíbrio do seu processo de desenvolvimento, aqueles que envolvem o meio familiar, reconhecidamente, o meio privilegiado de socialização: violência, défices de instrução dos pais, desemprego, alcoolismo, doenças, pobreza e exclusão social, são naturalmente, condições que, isolada ou cumulativamente, colocam a criança em perigo com manifesto desrespeito pelos seus direitos fundamentais.
6. Considerando que as crianças e jovens, quando temporária ou definitivamente privadas do seu ambiente familiar, têm direito à proteção e atenção privilegiada do Estado, em obediência às normas e princípios consagrados na Constituição da República Portuguesa e na Convenção sobre os Direitos da Criança, constitui-se como prioritária uma atenção sistemática à melhoria das condições que concorrem para o cumprimento integral desse direito inalienável (Despacho 8393/2007).
7. É também considerado de extrema relevância o acompanhamento especializado de crianças durante e após a sua institucionalização, bem como das suas famílias, no

caso de existirem, promovendo um projeto de vida que se coadune com a realidade individual de cada criança, evitando acolhimentos prolongados no tempo.

Neste contexto e da revisão bibliográfica efetuada ao longo do trabalho e dos resultados obtidos com este estudo, podemos concluir que muito há a evoluir no sentido de termos um acompanhamento adequado a estas crianças e uma articulação mais eficaz, o mais precocemente possível com o intuito de evitar situações de revitimização.

No final deste trabalho, emerge um sentimento reforçado da pertinência do tema, bem como a consciência de ter atingido o principal objetivo: conhecer melhor o contexto e características do comportamento das crianças e jovens em perigo a quem foi aplicada a medida de proteção de Acolhimento em Instituição, refletir sobre esta problemática e da importância do papel da saúde na continuidade do seu projeto de vida.

No final e como **sugestões**, consideramos que é importante:

- Que a institucionalização não se limite a uma medida absoluta de proteção, nem seja percebida apenas como uma solução, mas ao invés, que se traduza no acompanhamento e avaliação sistemática da situação para a criança e simultaneamente para a família, num contexto de vida dinâmico e flexível. A proteção da autonomia e da capacidade de exercício da responsabilidade parental deve ser sempre um objetivo relevante na garantia dos direitos destas crianças e jovens;
- É importante o desenvolvimento de modelos organizativos que permitam adequar as respostas dos serviços ao problema dos maus-tratos e também dos problemas do foro emocional e mental das crianças e jovens, investindo na prevenção de forma continuada com as famílias e mesmo na comunidade. Para tal, nas entidades prestadoras de cuidados de saúde, há que criar, ou reformular onde existam, formas mais estruturadas de ação e grupos de trabalho que assegurem o seu desenvolvimento, legitimados para tal. Neste âmbito, assume uma relevância especial, a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, onde a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem o papel de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, onde se enquadram as crianças em contexto de risco e/ou perigo eminente e

as suas famílias (Dec. Lei 28/2008; Despacho 10143/2009);

- A existência de um protocolo de atuação e articulação entre o Centro de Saúde e as Instituições de Acolhimento da área de influência em que se privilegie a efetivação de um profissional de saúde com ligação ao NACJR e à Instituição;
- A existência de recursos humanos com mais formação nesta área nos Centros de Saúde e Instituições de Acolhimento;
- Mais formação pedagógica com o intuito de maior sensibilização das Equipas Multidisciplinares;
- Maior ênfase nesta temática nos conteúdos académicos lecionados nas Escolas;

Limitações da investigação realizada e recomendações para futuros trabalhos

Quanto às **limitações**, reconhecemos que a análise se centra sobre uma população constituída por crianças institucionalizadas de apenas 11 Instituições o que tem implicações metodológicas e ao nível do tratamento estatístico dos dados pelo que os resultados do estudo não poderão ser generalizados à população de crianças institucionalizadas em Portugal; outra das limitações está relacionada com a natureza holística, especificidade e subjetividade da temática.

Finalmente, quanto às **implicações**, destacamos o interesse relativo à metodologia utilizada dado que o estudo tem um carácter descritivo mas também correlacional com vista à comparação de crianças vítimas de maus-tratos institucionalizadas e crianças não institucionalizadas, considerando-se que o presente estudo se mostra pertinente para a compreensão do impacto dos maus-tratos e da institucionalização na prevalência da PDCDA, assegurando a necessidade desta institucionalização ser realizada de uma forma adequada à compreensão, idade e às características de cada criança.

É nossa convicção que os resultados obtidos com a realização deste estudo, se revelam importantes e levantam novas interrogações, daí que consideramos pertinente, que esta problemática seja aprofundada em trabalhos futuros. Com este estudo, consideramos também, existir matéria para reflexão por parte das equipas técnicas das Instituições de Acolhimento e das equipas de saúde com responsabilidades nesta área, no que concerne a esta temática, daí a importância de divulgação dos resultados obtidos.

Ao chegarmos ao término de apenas mais uma etapa, consideramos que a realização desta investigação constituiu uma experiência enriquecedora, que permitiu aprofundar conhecimentos e refletir sobre uma problemática comum a Todos, na medida em que cada um de nós, pessoal ou profissionalmente, é agente e ator da sociedade, com um papel, responsabilidades e um campo de intervenção possível.

De forma simples e inspirada na simplicidade das crianças (atores principais deste trabalho), acreditamos que este estudo possa vir a contribuir para o conhecimento do Saber e Cuidar na área da saúde, que num futuro se quer cada vez mais desenvolvido, mais apaixonado e mais próximo dos Cidadãos.

BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Afifi, T., Brownridge, D., Cox, B., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1093-1103.

Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares*. 3ª Ed. Coimbra: Quarteto editora.

Alberto, I. M. (2002). “Como pássaros em gaiolas”? Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado, & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes*. Vol. 2 – Crianças (pp. 223-244). Coimbra: Quarteto editora.

Alberto, I. (2004). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra. Almedina.

Almeida, I. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*. Ano XXII, p.65-72.

Almeida, L. S. & Freire, T. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª Edição, Braga: Psiquilíbrios Edições.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 Oct; 36 (10 Suppl): 122S-39S. Disponível em: <http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/Conduct.pdf> [acedido em: 09/02/2014].

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade & Triches. (2008). Crianças privadas de meio familiar. *Visão Global*. Joaçaba. Vol. 11, nº 1 (jan./jun.), p. 7-36.

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2007). *Intervenção Precoce na Infância*. Coimbra. [Em linha]. 10 abr. [Consult. 20 Jul. 2014]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.anip.pt](http://www.anip.pt)>.

Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi.

Benavente, R. (2001). Perturbação de Comportamento na Infância: Diagnóstico, Etiologia, Tratamento e Propostas de Investigação Futura. *Análise Psicológica*, 19 (2), 321-329.

Bentovim, A. & Milles, L. B. (2007). Evidence – based assessment of parenting capacity, family relationships and the wellbeing of the child in family violence, child abuse and neglect: the introduction and the use of clinically developed and scientifically evaluated assessment tools. In: *XIth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect*. Lisbon, 18th-21st November 2007.

Brazelton, T; Greenspan, S. (2002). *A Criança e o seu Mundo*. Editorial Presença. ISBN 976-972-232-923-1.

Calheiros, M. (2006). *A Construção Social do Mau Trato e Negligencia Parental: do senso comum ao conhecimento científico*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-1132-2.

Campenhoudt, L. (2003). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*, Gradiva, Lisboa.

Canha, J. (2003). A Criança Vítima de Violência. In MACHADO e GONÇALVES – *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol. 2 – Crianças. 2ª ed. Coimbra: Quarteto editora. ISBN 972-8747-44-X.

Canha, J. (2008). A criança vítima de violência. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coord.), *Violência e vítimas de crimes: Crianças* (3ª Edição revista) (pp.17-37). Coimbra: Quarteto.

Canha, J. (2003). *Criança Maltratada*. 2ªed. Coimbra: Quarteto editora. ISBN 972-8717-96-2.

Cardoso, E; Santana, J; Ferriani, M. (2006). Criança e Adolescente Vítimas de Maus Tratos: Informações dos Enfermeiros de um Hospital Público. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. Vol.14, nº4 (out. – dez.), p. 524-530.

Carvalho, MJ (2013). *Sistema Nacional de Acolhimento de Crianças e Jovens*. Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano: “Crianças e Jovens em Risco”. ISBN: 978-989-8380-14-2.

Carvalho, T; Manita, C. (2010). Percepções de Crianças e Adolescentes Institucionalizados sobre o Processo de Institucionalização e a Experiência na Instituição. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho. Portugal. 4 a 6 de fevereiro, p. 3326-3335.

Chakraberti, M., & Hill, M. (2000). *Residencial Child Care: Links with Families and Peers*. London: Jessica Kingsley.

CNIS (2014). *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. CASA, 2013.

Coelho, Cláudia (2009). *A criança vítima de Maus Tratos retirada à família. Vivências e Significações*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Comissão Nacional de Proteção Crianças e Jovens em Risco (2012). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*. Lisboa.

Comissão Nacional de Proteção Crianças e Jovens em Risco (2014). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*. Lisboa.

Comissão Nacional de Proteção Crianças e Jovens em Risco (2010). Promoção e Proteção dos Direitos das crianças. *Guia de Orientação para Profissionais da Saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. ISBN 84-482-4361-7.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/10/cnsm_recpraticaclinicasaudemental_csp.pdf [acedido em 21/06/2014].

Costa, J. Almeida. (1997). *Dicionário da língua portuguesa*. 7ª edição. Porto: Porto editora. ISBN 972-0-05001-2.

Courtney, M., & Iwaniec, D. (2009). *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.

Cueno, M.R. (2009). Abrigamento prolongado: Os filhos do esquecimento. In Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. *Censo da população infanto-juvenil abrigada no Estado do Rio de Janeiro*. 415-432.

Cunha, Sandra, (2012). “A tomada de decisão na Proteção à Infância. Como decidimos o que é o Supremo Interesse da Criança?”, *Atas do VII Congresso Português de Sociologia: Sociedade, Crise e Reconfigurações*. Porto: Associação Portuguesa de Sociologia.

Cury, Augusto (2004). *Pais brilhantes, professores fascinantes*. Cascais: Pergaminho.

Decreto-Lei nº281/2009 (2009). *Sistema Nacional de Intervenção precoce na Infância*. D.R. I Série. 178 (09-10-06) 7298-7301.

Decreto-Lei n.º 42/2006 (2006). Rendimento Social de Inserção. D.R. I Série. 39 (06-02-23) 1490-1507.

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. D.R.I Série. 38 (08-02-22) 1182-1189.

Delfabbro, P., Barber, J., & Bentham, Y. (2002). Children’s satisfaction with out-of-home care in South Australia. *Journal of Adolescence*, nº 28, p.523-533.

Del Valle, J.; Rodríguez, A; e Arteaga, A. (2011). *Salud Mental de Menores en Acogimiento Residencial*. Junta de Extremadura. I.S.B.N.: 978-84-96958-85-2.

Del Valle, J., & Arteaga, A. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Oviedo: Dirección general de políticas sociales y el centro de estudios de la administración pública regional de Cantabria.

Del Valle, J., & Bravo, A. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 42-52.

Del Valle, J., Villar, R., Torres, M., Arias, M., Rosales, A., Valdaliso, E., et al. (2008). *Manual Cantabria: Modelo de Intervención en Acogimiento Residencial*. Oviedo: Dirección General de Políticas Sociales.

Deslandes, F. (2007). Violência contra Crianças e Adolescentes. *Boletim Epidemiológico Paulista*. São Paulo. Vol.4, nº37 (jan. 2007).

Despacho n.º 10143/2009 (2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. D.R. II Série, 74 (09-04-16) 1538 1541.

Despacho n.º 31292/2008 (2008). *Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco*. D.R. II Série, 236 (08-12-05).

Despacho n.º 8392/2007 (2007). *Plano DOM – Desafios, oportunidades e mudanças. Promoção dos Direitos e protecção das Crianças acolhidas*. D.R. II Série, 90 (07-05-10) 12279.

Dessen, M., & Szelbracikowski, A. (2007). Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 12, 33-40.

Dessen, M., & Szelbracikowski, A. (2004). Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e a dinâmica familiar. *Interação em Psicologia*, 8 (2), 171-180.

Díaz Huertas, J.A. (2001). Programas de prevención del maltrato infantil. In : Díaz Huertas, J. A., Casado Flores J, García García E. & Ruiz Díaz M. A. & Esteban Gómez J. (Dir.). *Atención al maltrato desde los servicios sociales*. Madrid: Instituto Madrilenio del Menor y la Familia, Consejería de Servicios Sociales, 119-131.

Donovan, K., & Brassard, M. (2011). Trajectories of maternal verbal aggression across the middle school years: Associations with negative view of self and social problems. *Child Abuse & Neglect*, 35, 814-830.

Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2001). Maus-tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. In R.A. Gonçalves e C. Machado (Coords.), *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol.1 – Adultos. Coimbra: Quarteto Editora.

Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.

Fonseca, A. C. & Monteiro, C.M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.

Fortin, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Freitas, M. (2009). *Valores Morais e Autoconceito das Crianças e Jovens Institucionalizados*. Universidade Católica Portuguesa. Braga.

Frota, A. M. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, vol.7 n°1, Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. pp 147-160.

Gallo, A., & Williams, L. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos factores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 81-95.

Ghiglione, R; Matalon, B. (1997). *O inquérito – teoria e prática*. 3ª ed. Oeiras: Celta.

Goldschmidt, T. (2009). *Alterações do Comportamento: A Ponta do Iceberg*. 1º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier - Lisboa.

Gough, D. & Stanley, N. (2004). Parenting capacity. *Child Abuse Review*. 13, 1-4.

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID. (2003). *Manual de Boas Práticas. Um Guia para o Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P. ISBN 972-99152-8-8.

Herbert, M., & Wookey, J. (2004). *Managing Children's Disruptive Behaviour: A Guide for Practitioners Working with Parents and Foster Parents*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa : Edições Sílabo.

Instituto Desenvolvimento Social ; CNPCJR (2000). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Lisboa : IDS. ISBN 972-8553-06-4.

Inspeção Geral da Saúde (2005). *RELATÓRIO FINAL: Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças em Risco*. Lisboa.

Instituto da Segurança Social, IP (2006). *Manual de Boas Práticas. Um Guia para o Acolhimento Residencial as Crianças e Jovens*. Lisboa.

Instituto da Segurança Social, IP (2009). *Plano de Intervenção Imediata - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2008*. Lisboa.

Instituto da Segurança Social, IP (2009). *Manual de processos-chave. Centro de Acolhimento Temporário*. Lisboa.

Instituto da Segurança Social, IP (2012). *CASA 2011. Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Departamento de Desenvolvimento Social.

Instituto da Segurança Social, IP (2013). *CASA 2012. Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Lisboa: Departamento de Desenvolvimento Social.

Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Rescorla, L.A., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 405-417.

Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., Harder, V.S., Ang, R.P., Bilenberg, N., et al. (2010). Syndromes of preschool psychopathology reported by parents in 23 societies. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Isabel, A. *et al* (2012). Abuso e negligência de Crianças e Adolescentes. In Redondo, Pimentel & Correia - *Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar*: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos. Serviço de Violência Familiar do Hospital Sobral Cid: CHUC. ISBN 978-989-95137-3-0.

Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young Children in Institutional Care at Risk of Harm. *Trauma Violence Abuse*, 7(1), 34-60.

Lei n.º 147/99 (1999). *Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. D.R. I Série. 204 (99-09-01) 6115 6132.

Lei n.º 31/2003 (2003). *Adoção*. D.R. I Série. 193 (03-08-22) 5313 5329.

Lei n.º 111/2009 (2009). *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. D.R. I Série. 180 (09-09-16) 6528 6550.

Lei n.º 67/1998 (1998). *Lei da Protecção de Dados Pessoais*. D.R. I Série. 247 (98-10-26) 5536 5546.

Lopes, M. A. (1993). Os pobres e a assistência pública. In j. Mattoso (Dir) *História de Portugal*. Lisboa. Círculo de Leitores. Vol. V. pp. 503-507.

Lopes, M. A. (2004). Crianças e jovens em risco nos séculos XVIII e XIX. O caso português no contexto europeu. In *crianças e jovens em risco. Da investigação à intervenção*/M. Helena Damião da Silva [et all] Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra. Coimbra. Almedina. pp 37-63.

Lounds, J., Borkowski, J., & Whitman, T. (2006). The Potential for Child Neglect: The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child Maltreatment*, 11, 281-294.

Keil, V., & Price, J. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.

Machado, C; Gonçalves, M; Vila-Lobos, A (2003). Crianças expostas a múltiplas formas de violência. In Machado & Gonçalves – *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol. 2 – Crianças. 2ª ed. Coimbra: Quarteto editora, 2003. ISBN 972-8747-44-X.

McKee, L., Forehand, R., Rakow, A., Reeslund, K., Roland, E., Hardcastle, E., et al. (2008). Parenting Specificity: An Examination of the Relation Between Three Parenting Behaviors and Child Problem Behaviors in the Context of a History of Caregiver Depression. *Behavior Modification*, 32 (5), 638-658.

Magalhães, T & Vieira, D. (2013). *Agressões Sexuais. Intervenção Pericial Integrada. Abuso e Negligência, série 2*. Edição: SPECAN – Sociedade Portuguesa para o estudo da criança Abusada e negligenciada. ISBN 978-989-97275-1-9.

Magalhães, T. (2005). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. 4ª ed. Coimbra: Quarteto editora, 2005. ISBN 989- 558-074-6.

Magalhães, T. (2002). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático para profissionais*. *Saúde e Sociedade n°13*. Coimbra. Quarteto.

Maia, Â., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007). Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses. *Congresso família, saúde e doença - Modelos, Investigação e prática em diversos contextos de saúde*, Universidade do Minho, Braga.

Marcelli, D. & Branconnier, A., (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores. ISBN 9789727961740.

Marconi, M; Lakatos, E. (1996). *Técnicas de Pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Publicações ATLAS, 1996.

Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Martín Hernández, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Martins, Ernesto Candeias (2004). *O Projecto educativo do Padre Américo: o ambiente na educação do rapaz*. Lisboa: Temas e Debates, 2004.

Martins, P. (2005). A Qualidade dos Serviços de Proteção às Crianças e Jovens: as respostas Institucionais. Intervenção realizada no VI Encontro Cidade Solidária:

Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade? Fundação Calouste Gulbenkian, 23 de maio.

Matos, G. *et al.* (2013). Trajetórias para a Saúde da Criança e do Adolescente em Portugal in *RICHE Project Group*.

Matos, R; Figueiredo, B. (2001). Maus Tratos à Criança: Factores de risco e Factores Protectores. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol.22, nº3 (jul. – set.), p.273-280.

Matos, R; Figueiredo, B. (2001). Maus Tratos e Negligência à Criança: ressituação de uma problemática. *Infância e Juventude*. Lisboa. ISSN 0870-6565. Nº1 (jan. – mar), p.121-134.

Mennen, E., Matthew, M., & Penelope, K. (2010). Do maltreated children who remain at home function better than those who are placed. *Child and Youth Services Review*, 32(12),1675–1682.

Mucha, M & Cruz, P.(2008). Crescer (s)em Solidão. Estudo sobre o Passado, o Presente e o Futuro de Crianças Institucionalizadas - *IV Congresso Português de Sociologia*.

Oates, R. (2004). *Child maltreatment and its impact on psychosocial development. Comments on Pollak, Toth and Cicchetti, and Trocmé. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.*

OMS. (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*: Organização Mundial da Saúde. Versão em Português do Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *A Protecção de Crianças. Enunciado de Posição*. [Em linha]. 15 mar. 2007. [Consult. 20 jul. 2014]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)>.

Ornelas, J; Moniz, M.(2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*. Ano XXV, nº1 (2007), p.153-158.

Overbeek, M., Schipper, J., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2012). The effectiveness of trauma-focused psycho-educational secondary prevention program for children exposed to interparental violence: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13 (12), 1-13.

Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 592-599.

Patrício, J; Calheiros, M. (2011). Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação de Necessidades de Jovens em Acolhimento Residencial. In Calheiros, M. [et al] – *Crianças em Risco e Perigo – Contexto, Investigação e Intervenção*, Vol.1. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-632-8.

Pereira, P; Santos, S. (2011). Conceptualização de Situações de Mau Trato. Da Lei De Protecção à Avaliação Psicossocial. In Calheiros, M. et al – *Crianças em Risco e Perigo – Contexto, Investigação e Intervenção*, Vol.1. 1ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 978-972-618-632-8.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS (5ª Ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinheiro, A (2011). *O Crescimento Físico e o Desenvolvimento Mental de Crianças Institucionalizadas: O Impacto do Temperamento e da Qualidade dos Cuidados numa Perspetiva Longitudinal*. Universidade do Minho.

Pinheiro, P. (2006). *Word Repot on Violence Against Children*. United Nations. Genebra. ISBN 1092-95057-51-1.

Pinhel, J; Torres, N; Maia, J (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*. 4 (XXVII): 509-521.

Pinto, J. M. (2001). Carência e Maus Tratos na Infância. *Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. N°6 (mai.), p.39-45.

Planella, J. (2000). O que se sabe e nunca se diz: os maus tratos à infância numa perspectiva histórica. *Infância e Juventude*. Lisboa. ISSN 0870-6565. Nº4 (out. – dez), p.99-120.

Polit, D; Hungler, B. (1995). *Fundamentos em Enfermagem*. 3ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-108-X.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Atuação* (Orientações técnicas,12). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Ação de saúde para crianças e Jovens em Risco. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Em linha]. [Consult. 10 mar. 2014]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2007). *Crianças e Jovens em Risco. Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Em linha]. 17 abr. [Consult. 10 jan. 2014]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2007). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde*. Documento Técnico. Lisboa: DGS. [Em linha]. outubro. [Consult. 10 jan. 2014]. Disponível na Internet:<[URL:http://www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)>.

Pulga, A. C. (2012). *Avaliação da vinculação filial em famílias identificadas como negligentes e/ou abusivas numa amostra de CPCJs*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Área de subespecialização em Psicologia Forense). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Quintães, C. (2009). *Era uma vez a Instituição onde eu cresci: narrativas de adultos sobre experiências de institucionalização*. Universidade do Minho. Abril.

REAPN (2006). Conclusões do Workshop “A Criança Institucionalizada”. Núcleo Distrital de Braga.

Rede Social de Seia (2012). *Diagnóstico Social*. Plano de Desenvolvimento Social 2012-2014. Seia.

Regulamento n.º 123/2011 (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8653 8655.

Rescorla, L. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 226-237.

Richardson, R. *Et Al* (1998). *Pesquisa Social, métodos e técnicas*. 2ª ed. São Paulo: Publicações ATLAS, 1998.

Rios, K., & Williams, L. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13, 799-806.

Rommeu Soriano, F. J. (Coord.). (2006). *El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil*. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselheira de Sanitat.

Ruivo, A; Sani, A (2002). Suporte Parental: Percepções de Crianças em Situação de Risco. *Infância e Juventude*. Lisboa. ISSN 0870-6565. Nº3 (jul. – set.), p.109-148.

Schoppe, S.J; Mangelsdorf, S. C; Frosch, C.A. (2001). Coparenting, family process, and family structure: implications for preschoolers' externalizing behavior problems. *J Fam Psychol*. Sep; 15(3):526-45.

Sideli, L., Mule, A., Barbera, D., & Murray, R. (2012). Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia, *Psychiatric Investigation*, 9(2), 87-99.

Silva, M. (2004). Crianças e jovens a cargo de instituições: Riscos reversíveis/irreversíveis. In Silva, A. C. Fonseca, L. Alcoforado, M. M. Vilar, & C. M. Vieira (Eds.), *Crianças e jovens em risco: Da investigação à intervenção*. Coimbra: Almedina.

Silva & Veira (2001). Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza. *Rev. Enf. USP*, 35 (1), 4-10.

Smith, M. G. & Fong, R. (2004). *The children of neglect. When no one cares*. New York: Brunner-Routledge.

Soares, N. (1997). Crianças em Risco: Passado e Presente. Alguns contributos para a compreensão histórico-social da problemática das crianças maltratadas e negligenciadas. *Infância e Juventude*. Lisboa. ISSN 0870-6565. Nº1 (jan. – mar, 1997), p.35-51.

Sociedade Brasileira de Pediatria (2001). *Guia de Atuação frente a maus tratos na Infância e Adolescência*. 2ª ed. Rio de Janeiro.

Stein, M., Carey, W., & Snyder, D. (2004). Is This a Behavior Problem or Normal Temperament? *Pediatrics*, 114(5), 1400-1406.

Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Baradaran, L. P., Abbott, C. B. & Guterman, E. (2006). Type Of Violence, Age, And Gender Differences In The Effects Of Family Violence On Children's Behavior Problems: A Mega-Analysis. *Developmental Review*, 26, 89-112.

Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta – Dificuldades de aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes*. Editora: Assírio e Alvim. ISBN 9789723713381.

Tomás, C. & Fonseca. (2004). Crianças em perigo: O papel das Comissões de Proteção de Menores em Portugal. *Revista de Ciências Sociais*. Vol. 47. pp 383-408.

Tonmyr, L., Draca, J., Crain, J., & MacMillan, H. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 35, 767-782.

Torres, N., Maia, J., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Silva, F. (2011). Attachment Security Representations in Institutionalized Children and Children Living with Their Families: Links to Problem Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 25-36.

UNICEF (2014). *Hidden In Plain Sight*. Uma análise estatística sobre violência contra crianças.

Valle, J. F., & Zurita, J. F. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Ed. Pirámide.

Wamboldt, M., & Wamboldt, F. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1212-1219.

Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 105 - 124.

World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization [WHO] Press.

Wotherspoon, E., O'Neill-Laberge, M., & Pirie, J. (2008). Meeting the emotional needs of infants and toddlers in foster care: The collaborative mental health care experience. *Infant Mental Health Journal*, 29 (4), 377-397.

Zegers, M. *et al* (2006). Attachment Representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, nº76, p.325-334.

ANEXOS

ANEXO I

Lei 147/99 – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

- 2 — Constitui contra-ordenação grave:
- Imputável à empresa de trabalho temporário, a violação dos n.ºs 2, 3, 4 e 6 do artigo 6.º, do n.º 3 do artigo 8.º, do n.º 1 do artigo 12.º, da alínea *a*) do n.º 2 e do n.º 3 do artigo 17.º e do n.º 8 do artigo 20.º;
 - Imputável ao utilizador, a violação do n.º 2 do artigo 20.º;
 - Imputável ao cedente e ao cessionário, a violação do artigo 26.º
- 3 — Constitui contra-ordenação muito grave:
- Imputável à empresa de trabalho temporário, o exercício da actividade de cedência temporária de trabalhadores sem autorização, ou sem a caução referida no n.º 1 do artigo 6.º, ou sem o requisito de capacidade técnica referido no n.º 4 do artigo 4.º;
 - Imputável ao utilizador, a utilização de trabalhador cedido em violação do disposto no artigo 9.º, a violação do n.º 3 do artigo 20.º e a celebração de contrato de utilização de trabalho temporário com empresa não autorizada.

Artigo 32.º

Sanções acessórias

1 — Juntamente com a coima, pode ser punida com a cessação da autorização de exercício da respectiva actividade a empresa de trabalho temporário que admita trabalhadores com violação das normas sobre a idade mínima e a escolaridade obrigatória.

2 — A empresa de trabalho temporário pode ainda ser punida com a cessação da autorização de exercício da respectiva actividade em caso de reincidência na prática das seguintes infracções:

- Não actualização ou não reconstituição da caução referida no artigo 6.º;
- Não constituição ou não reconstituição da caução específica referida na alínea *a*) do n.º 1 do artigo 12.º;
- Não inscrição de trabalhadores temporários na segurança social;
- Atraso por um período superior a 30 dias no pagamento pontual da retribuição devida a trabalhadores temporários.

3 — Juntamente com a coima, pode ser punida com a interdição temporária do exercício da actividade por um período máximo de dois anos a empresa de trabalho temporário que não inclua todos os trabalhadores e todas as remunerações passíveis de desconto para a segurança social na folha de remuneração mensal ou que viole o disposto no n.º 8 do artigo 20.º

4 — As sanções acessórias referidas nos números anteriores são averbadas no registo referido no artigo 7.º

Artigo 33.º

Competência da Inspeção-Geral do Trabalho

Compete à Inspeção-Geral do Trabalho:

- Fiscalizar a aplicação do disposto neste diploma;
- Instaurar e instruir os processos das contra-ordenações previstas no presente diploma e apli-

car as respectivas coimas, dando conhecimento ao Instituto do Emprego e Formação Profissional.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 34.º

Regularização de empresas de trabalho temporário

As empresas que já exercem actividade de trabalho temporário devem adaptar-se às disposições previstas no presente diploma, no prazo máximo de 90 dias a contar da data da sua publicação.

Artigo 35.º

Regulamentação colectiva

São nulas as normas dos instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho que regulem o exercício da actividade das empresas de trabalho temporário, nelas se compreendendo as relativas ao contrato de utilização.

Artigo 36.º

Regiões Autónomas

A aplicação do presente diploma nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira não prejudica as competências dos respectivos órgãos de governo próprio.

Lei n.º 147/99

de 1 de Setembro

Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º

É aprovada a lei de protecção de crianças e jovens em perigo, em anexo ao presente diploma e que dele faz parte integrante.

Artigo 2.º

1 — A lei de protecção de crianças e jovens em perigo é de aplicação imediata, sem prejuízo da validade dos actos realizados na vigência da lei anterior.

2 — As disposições de natureza processual não se aplicam aos processos iniciados anteriormente à sua vigência quando da sua aplicabilidade imediata possa resultar quebra de harmonia e unidade dos vários actos do processo.

3 — Os processos tutelares pendentes na data da entrada em vigor da nova lei que não tenham por objecto a prática, por menor com idade compreendida entre os 12 e os 16 anos, de factos qualificados pela lei penal como crime são reclassificados como processos de promoção e protecção.

4 — Nos processos a que se refere o número anterior são aplicáveis unicamente as medidas de protecção previstas neste diploma, de acordo com os princípios orientadores da intervenção nele prevista.

5 — As medidas tutelares aplicadas em processos pendentes são revistas em conformidade com o disposto no artigo 62.º da lei de protecção de crianças e jovens em perigo.

6 — Os processos pendentes nas comissões de protecção de menores transitam e continuam a correr termos nas comissões de protecção de crianças e jovens nos termos previstos na lei de protecção de crianças e jovens em perigo.

7 — Os processos pendentes nos tribunais de menores ou nos tribunais de competência especializada mista de família e menores que, em virtude do disposto no artigo 79.º da lei de protecção de crianças e jovens em perigo, deixarem de ser competentes são remetidos ao tribunal que for territorialmente competente nos termos deste diploma e das leis de organização e funcionamento dos tribunais judiciais.

Artigo 3.º

1 — As actuais comissões de protecção de menores serão reorganizadas e passarão a funcionar de acordo com o disposto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, adoptando a designação de comissões de protecção de crianças e jovens.

2 — Compete à Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, conjuntamente com as entidades e serviços nela representados, tomar as providências necessárias à reorganização das comissões de protecção de menores.

3 — As comissões de protecção de menores são reorganizadas por portaria conjunta dos Ministros da Justiça e do Trabalho e da Solidariedade.

4 — As comissões de protecção de crianças e jovens que sucederem às comissões de protecção de menores, nos termos dos números anteriores, são declaradas instaladas por portaria conjunta dos Ministros da Justiça e do Trabalho e da Solidariedade.

5 — As comissões de protecção que vierem a ser criadas e instaladas até à data em vigor da lei de protecção de crianças e jovens em perigo são constituídas e passam a funcionar nos termos do disposto neste diploma.

6 — Podem ser criadas e instaladas comissões de protecção de crianças e jovens nas áreas de competência territorial das comissões referidas no n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio, nos termos do disposto na lei de protecção de crianças e jovens em perigo, ficando a competência destas limitada às áreas não abrangidas pelas novas comissões.

7 — Até à data de entrada em vigor da lei de protecção de crianças e jovens em perigo, as comissões a que se referem os n.ºs 4, 5 e 6 exercem as competências previstas no Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio.

8 — As comissões de protecção de menores actualmente existentes que não forem reorganizadas até à data de entrada em vigor da lei de protecção de crianças e jovens consideram-se extintas nessa data, sendo os processos pendentes remetidos ao Ministério Público junto do tribunal da respectiva comarca.

Artigo 4.º

1 — São revogados o Decreto-Lei n.º 189/91, de 17 de Maio, e as normas do Decreto-Lei n.º 314/78, de 27 de Outubro, e de demais legislação relativas às matérias abrangidas pelo presente diploma.

2 — Mantém-se em vigor o Decreto-Lei n.º 98/98, de 18 de Abril, que cria e regulamenta a Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco.

Artigo 5.º

O Governo adoptará as providências regulamentares necessárias à aplicação do presente diploma.

Artigo 6.º

Sem prejuízo do disposto no artigo 3.º, a lei de protecção de crianças e jovens em perigo, bem como os artigos 2.º e 4.º do presente diploma, entram em vigor conjuntamente com a lei tutelar educativa.

Aprovada em 1 de Julho de 1999.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.

Promulgada em 13 de Agosto de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 18 de Agosto de 1999.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

ANEXO

Lei de protecção de crianças e jovens em perigo

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma tem por objecto a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

Artigo 2.º

Âmbito

O presente diploma aplica-se às crianças e jovens em perigo que residam ou se encontrem em território nacional.

Artigo 3.º

Legitimidade da intervenção

1 — A intervenção para promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo.

2 — Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega 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 lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Artigo 4.º

Princípios orientadores da intervenção

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo obedece aos seguintes princípios:

- a) Interesse superior da criança e do jovem — a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;
- b) Privacidade — a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem deve ser efectuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;
- c) Intervenção precoce — a intervenção deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida;
- d) Intervenção mínima — a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja acção seja indispensável à efectiva promoção dos direitos e à protecção da criança e do jovem em perigo;
- e) Proporcionalidade e actualidade — a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo em que a criança ou o jovem se encontram no momento em que a decisão é tomada e só pode interferir na sua vida e na da sua família na medida do que for estritamente necessário a essa finalidade;
- f) Responsabilidade parental — a intervenção deve ser efectuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;
- g) Prevalência da família — na promoção de direitos e na protecção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a sua adopção;
- h) Obrigatoriedade da informação — a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos

que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

- i) Audição obrigatória e participação — a criança e o jovem, em separado ou na companhia dos pais ou de pessoa por si escolhida, bem como os pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, têm direito a ser ouvidos e a participar nos actos e na definição da medida de promoção dos direitos e de protecção;
- j) Subsidiariedade — a intervenção deve ser efectuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de protecção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

Artigo 5.º

Definições

Para efeitos da presente lei, considera-se:

- a) Criança ou jovem — a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos;
- b) Guarda de facto — a relação que se estabelece entre a criança ou o jovem e a pessoa que com ela vem assumindo, continuamente, as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais;
- c) Situação de urgência — a situação de perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;
- d) Entidades — as pessoas singulares ou colectivas públicas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem actividades nas áreas da infância e juventude, têm legitimidade para intervir na promoção dos direitos e na protecção da criança e do jovem em perigo;
- e) Medida de promoção dos direitos e de protecção — a providência adoptada pelas comissões de protecção de crianças e jovens ou pelos tribunais, nos termos do presente diploma, para proteger a criança e o jovem em perigo;
- f) Acordo de promoção e protecção — compromisso reduzido a escrito entre as comissões de protecção de crianças e jovens ou o tribunal e os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto e, ainda, a criança e o jovem com mais de 12 anos, pelo qual se estabelece um plano contendo medidas de promoção de direitos e de protecção.

CAPÍTULO II

Intervenção para promoção dos direitos e de protecção da criança e do jovem em perigo

SECÇÃO I

Modalidades de intervenção

Artigo 6.º

Disposição geral

A promoção dos direitos e a protecção da criança e do jovem em perigo incumbe às entidades com com-

petência em matéria de infância e juventude, às comissões de protecção de crianças e jovens e aos tribunais.

Artigo 7.º

Intervenção de entidades com competência em matéria de infância e juventude

A intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude é efectuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou com quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem, consoante o caso, de acordo com os princípios e nos termos do presente diploma.

Artigo 8.º

Intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens

A intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens tem lugar quando não seja possível às entidades referidas no artigo anterior actuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo em que se encontram.

Artigo 9.º

Consentimento

A intervenção das comissões de protecção das crianças e jovens depende do consentimento expresso dos seus pais, do representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto, consoante o caso.

Artigo 10.º

Não oposição da criança e do jovem

1 — A intervenção das entidades referidas nos artigos 7.º e 8.º depende da não oposição da criança ou do jovem com idade igual ou superior a 12 anos.

2 — A oposição da criança com idade inferior a 12 anos é considerada relevante de acordo com a sua capacidade para compreender o sentido da intervenção.

Artigo 11.º

Intervenção judicial

A intervenção judicial tem lugar quando:

- a) Não esteja instalada comissão de protecção de crianças e jovens com competência no município ou na freguesia da respectiva área de residência;
- b) Não seja prestado ou seja retirado o consentimento necessário à intervenção da comissão de protecção ou quando o acordo de promoção de direitos e de protecção seja reiteradamente não cumprido;
- c) A criança ou o jovem se oponham à intervenção da comissão de protecção, nos termos do artigo 10.º;
- d) A comissão de protecção não obtenha a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considere adequada, nomeadamente por oposição de um serviço ou entidade;
- e) Decorridos seis meses após o conhecimento da situação pela comissão de protecção não tenha sido proferida qualquer decisão;
- f) O Ministério Público considere que a decisão da comissão de protecção é ilegal ou inadequada

à promoção dos direitos ou à protecção da criança ou do jovem;

- g) O tribunal decida a apensação do processo da comissão de protecção ao processo judicial, nos termos do n.º 2 do artigo 81.º

SECÇÃO II

Comissões de protecção de crianças e jovens

SUBSECÇÃO I

Disposições gerais

Artigo 12.º

Natureza

1 — As comissões de protecção de crianças e jovens, adiante designadas comissões de protecção, são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

2 — As comissões de protecção exercem as suas atribuições em conformidade com a lei e deliberam com imparcialidade e independência.

3 — As comissões de protecção são declaradas instaladas por portaria conjunta do Ministro da Justiça e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade.

Artigo 13.º

Colaboração

1 — As autoridades administrativas e entidades policiais têm o dever de colaborar com as comissões de protecção no exercício das suas atribuições.

2 — O dever de colaboração incumbe igualmente às pessoas singulares e colectivas que para tal sejam solicitadas.

Artigo 14.º

Apoio logístico

1 — As instalações e os meios materiais de apoio, nomeadamente um fundo de maneo, necessários ao funcionamento das comissões de protecção são assegurados pelo município, podendo, para o efeito, ser celebrados protocolos de cooperação com os serviços do Estado representados na Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

2 — O fundo de maneo destina-se a suportar despesas ocasionais e de pequeno montante resultantes da acção das comissões de protecção junto das crianças e jovens, suas famílias ou pessoas que têm a sua guarda de facto.

SUBSECÇÃO II

Competências, composição e funcionamento

Artigo 15.º

Competência territorial

1 — As comissões de protecção exercem a sua competência na área do município onde têm sede.

2 — Nos municípios com maior número de habitantes, podem ser criadas, quando se justifique, mais de uma comissão de protecção, com competências numa ou mais freguesias, nos termos a definir na portaria de instalação.

Artigo 16.º

Modalidades de funcionamento da comissão de protecção

A comissão de protecção funciona em modalidade alargada ou restrita, doravante designadas, respectivamente, de comissão alargada e de comissão restrita.

Artigo 17.º

Composição da comissão alargada

A comissão alargada é composta por:

- a) Um representante do município, a indicar pela câmara municipal, ou das freguesias, a indicar por estas, no caso previsto no n.º 2 do artigo 15.º, de entre pessoas com especial interesse ou aptidão na área das crianças e jovens em perigo;
- b) Um representante da segurança social, de preferência designado de entre técnicos com formação em serviço social, psicologia ou direito;
- c) Um representante dos serviços do Ministério da Educação, de preferência professor com especial interesse e conhecimentos na área das crianças e dos jovens em perigo;
- d) Um médico, em representação dos serviços de saúde;
- e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de protecção, actividades de carácter não institucional, em meio natural de vida, destinadas a crianças e jovens;
- f) Um representante das instituições particulares de solidariedade social ou de outras organizações não governamentais que desenvolvam, na área de competência territorial da comissão de protecção, actividades em regime de colocação institucional de crianças e jovens;
- g) Um representante das associações de pais existentes na área de competência da comissão de protecção;
- h) Um representante das associações ou outras organizações privadas que desenvolvam, na área de competência da comissão de protecção, actividades desportivas, culturais ou recreativas destinadas a crianças e jovens;
- i) Um representante das associações de jovens existentes na área de competência da comissão de protecção ou um representante dos serviços de juventude;
- j) Um ou dois representantes das forças de segurança, conforme na área de competência territorial da comissão de protecção existam apenas a Guarda Nacional Republicana ou a Polícia de Segurança Pública, ou ambas;
- l) Quatro pessoas designadas pela assembleia municipal, ou pela assembleia de freguesia, nos casos previstos no n.º 2 do artigo 15.º, de entre cidadãos eleitores preferencialmente com especiais conhecimentos ou capacidades para intervir na área das crianças e jovens em perigo;

- m) Os técnicos que venham a ser cooptados pela comissão, com formação, designadamente, em serviço social, psicologia, saúde ou direito, ou cidadãos com especial interesse pelos problemas da infância e juventude.

Artigo 18.º

Competência da comissão alargada

1 — À comissão alargada compete desenvolver acções de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem.

2 — São competências da comissão alargada:

- a) Informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-la para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;
- b) Promover acções e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a detecção dos factos e situações que, na área da sua competência territorial, afectem os direitos e interesses da criança e do jovem, ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostrem desfavoráveis ao seu desenvolvimento e inserção social;
- c) Informar e colaborar com as entidades competentes no levantamento das carências e na identificação e mobilização dos recursos necessários à promoção dos direitos, do bem-estar e do desenvolvimento integral da criança e do jovem;
- d) Colaborar com as entidades competentes no estudo e elaboração de projectos inovadores no domínio da prevenção primária dos factores de risco e no apoio às crianças e jovens em perigo;
- e) Colaborar com as entidades competentes na constituição e funcionamento de uma rede de acolhimento de crianças e jovens, bem como na formulação de outras respostas sociais adequadas;
- f) Dinamizar e dar parecer sobre programas destinados às crianças e aos jovens em perigo;
- g) Analisar a informação semestral relativa aos processos iniciados e ao andamento dos pendentes na comissão restrita;
- h) Aprovar o relatório anual de actividades e avaliação elaborado pelo presidente e enviá-lo à Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, à assembleia municipal e ao Ministério Público.

Artigo 19.º

Funcionamento da comissão alargada

1 — A comissão alargada funciona em plenário ou por grupos de trabalho para assuntos específicos.

2 — O plenário da comissão reúne com a periodicidade exigida pelo cumprimento das suas funções, no mínimo de dois em dois meses.

Artigo 20.º

Composição da comissão restrita

1 — A comissão restrita é composta sempre por um número ímpar, nunca inferior a cinco dos membros que integram a comissão alargada.

2 — São, por inerência, membros da comissão restrita o presidente da comissão de protecção e os representantes do município ou das freguesias, no caso previsto no n.º 2 do artigo 15.º, e da segurança social, quando não exerçam a presidência.

3 — Os restantes membros são designados pela comissão alargada, devendo a designação de, pelo menos, um deles ser feita de entre os representantes de instituições particulares de solidariedade social ou de organizações não governamentais.

4 — Os membros da comissão restrita devem ser escolhidos de forma que esta tenha uma composição interdisciplinar e interinstitucional, incluindo, sempre que possível, pessoas com formação nas áreas de serviço social, psicologia e direito, educação e saúde.

5 — Não sendo possível obter a composição nos termos do número anterior, a designação dos membros aí referidos é feita por cooptação, nomeadamente de entre os técnicos a que se refere a alínea *m*) do artigo 17.º

Artigo 21.º

Competência da comissão restrita

1 — À comissão restrita compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo.

2 — Compete designadamente à comissão restrita:

- a) Atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de protecção;
- b) Apreciar liminarmente as situações de que a comissão de protecção tenha conhecimento, decidindo o arquivamento imediato do caso quando se verifique manifesta desnecessidade de intervenção ou a abertura de processo de promoção de direitos e de protecção;
- c) Proceder à instrução dos processos;
- d) Solicitar a participação dos membros da comissão alargada nos processos referidos na alínea anterior, sempre que se mostre necessário;
- e) Solicitar parecer e colaboração de técnicos ou de outras pessoas e entidades públicas ou privadas;
- f) Decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas de promoção e protecção;
- g) Informar semestralmente a comissão alargada, sem identificação das pessoas envolvidas, sobre os processos iniciados e o andamento dos processos pendentes.

Artigo 22.º

Funcionamento da comissão restrita

1 — A comissão restrita funciona em permanência.

2 — O plenário da comissão restrita reúne sempre que convocado pelo presidente, no mínimo com periodicidade quinzenal, e distribui entre os seus membros as diligências a efectuar nos processos de promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em perigo.

3 — Os membros da comissão restrita exercem funções em regime de tempo completo ou de tempo parcial, a definir na respectiva portaria de instalação.

4 — A comissão restrita funcionará sempre que se verifique situação qualificada de emergência que o justifique.

Artigo 23.º

Presidência da comissão de protecção

1 — O presidente da comissão de protecção é eleito pelo plenário da comissão alargada de entre todos os seus membros.

2 — O presidente designa um membro da comissão para desempenhar as funções de secretário.

3 — O secretário substitui o presidente nos seus impedimentos.

Artigo 24.º

Competências do presidente

Compete ao presidente:

- a) Representar a comissão de protecção;
- b) Presidir às reuniões da comissão alargada e da comissão restrita e orientar e coordenar as suas actividades;
- c) Promover a execução das deliberações da comissão de protecção;
- d) Elaborar o relatório anual de actividades e avaliação e submetê-lo à aprovação da comissão alargada;
- e) Autorizar a consulta dos processos de promoção dos direitos e de protecção;
- f) Proceder às comunicações previstas na lei.

Artigo 25.º

Estatuto dos membros da comissão de protecção

1 — Os membros da comissão de protecção representam e obrigam os serviços e as entidades que os designam.

2 — As funções dos membros da comissão de protecção, no âmbito da competência desta, têm carácter prioritário relativamente às que exercem nos respectivos serviços.

Artigo 26.º

Duração do mandato

1 — Os membros da comissão de protecção são designados por um período de dois anos, renovável.

2 — O exercício de funções na comissão de protecção não pode prolongar-se por mais de seis anos consecutivos.

Artigo 27.º

Deliberações

1 — As comissões de protecção, alargada e restrita, deliberam por maioria de votos, tendo o presidente voto de qualidade.

2 — Para deliberar validamente é necessária a presença do presidente ou do seu substituto e da maioria dos membros da comissão de protecção.

Artigo 28.º

Vinculação das deliberações

1 — As deliberações da comissão de protecção são vinculativas e de execução obrigatória para os serviços e entidades nela representados, salvo oposição devidamente fundamentada.

2 — A comissão de protecção comunica ao Ministério Público as situações em que um serviço ou entidade se oponha à execução das suas deliberações.

Artigo 29.º**Actas**

1 — As reuniões da comissão de protecção são registadas em acta.

2 — A acta contém a identificação dos membros presentes e indica se as deliberações foram tomadas por maioria ou por unanimidade.

SUBSECÇÃO III**Acompanhamento, apoio e avaliação****Artigo 30.º****Acompanhamento, apoio e avaliação**

As comissões de protecção são acompanhadas, apoiadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, adiante designada por Comissão Nacional.

Artigo 31.º**Acompanhamento e apoio**

O acompanhamento e apoio da Comissão Nacional consiste, nomeadamente, em:

- a) Proporcionar formação e informação adequadas no domínio da promoção dos direitos e da protecção das crianças e jovens em perigo;
- b) Formular orientações e emitir directivas genéricas relativamente ao exercício das competências das comissões de protecção;
- c) Apreciar e promover as respostas às solicitações que lhe sejam apresentadas pelas comissões de protecção sobre questões surgidas no exercício das suas competências;
- d) Promover e dinamizar as respostas e os programas adequados ao desempenho das competências das comissões de protecção;
- e) Promover e dinamizar a celebração dos protocolos de cooperação entre as entidades referidas na alínea d) do artigo 5.º e as comissões de protecção necessários ao exercício das suas competências.

Artigo 32.º**Avaliação**

1 — As comissões de protecção elaboram anualmente um relatório de actividades, com identificação da situação e dos problemas existentes no município em matéria de promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em perigo, incluindo dados estatísticos e informações que permitam conhecer a natureza dos casos apreciados e as medidas aplicadas e avaliar as dificuldades e a eficácia da intervenção.

2 — O relatório é remetido à Comissão Nacional, à assembleia municipal e ao Ministério Público, até 31 de Janeiro do ano seguinte àquele a que respeita.

3 — O relatório relativo ao ano em que se inicia a actividade da comissão de protecção é apresentado no prazo previsto no número anterior.

4 — As comissões de protecção fornecem à Comissão Nacional os dados estatísticos e as informações que lhe sejam solicitados.

5 — A Comissão Nacional promoverá a realização anual de um encontro de avaliação das comissões de protecção.

Artigo 33.º**Auditoria e inspecção**

As comissões de protecção são objecto de auditorias e de inspecção sempre que a Comissão Nacional o entenda necessário ou a requerimento do Ministério Público.

CAPÍTULO III**Medidas de promoção dos direitos e de protecção****SECÇÃO I****Das medidas****Artigo 34.º****Finalidade**

As medidas de promoção dos direitos e de protecção das crianças e dos jovens em perigo, adiante designadas por medidas de promoção e protecção, visam:

- a) Afastar o perigo em que estes se encontram;
- b) Proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral;
- c) Garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

Artigo 35.º**Medidas**

1 — As medidas de promoção e protecção são as seguintes:

- a) Apoio junto dos pais;
- b) Apoio junto de outro familiar;
- c) Confiança a pessoa idónea;
- d) Apoio para a autonomia de vida;
- e) Acolhimento familiar;
- f) Acolhimento em instituição.

2 — As medidas de promoção e de protecção são executadas no meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza, e podem ser decididas a título provisório.

3 — Consideram-se medidas a executar no meio natural de vida as previstas nas alíneas a), b), c) e d) e medidas de colocação as previstas nas alíneas e) e f).

4 — O regime de execução das medidas consta de legislação própria.

Artigo 36.º**Acordo**

As medidas aplicadas pelas comissões de protecção ou em processo judicial, por decisão negociada, integram um acordo de promoção e protecção.

Artigo 37.º**Medidas provisórias**

As medidas provisórias são aplicáveis nas situações de emergência ou enquanto se procede ao diagnóstico da situação da criança e à definição do seu encaminhamento subsequente, não podendo a sua duração prolongar-se por mais de seis meses.

Artigo 38.º**Competência para aplicação das medidas**

A aplicação das medidas de promoção dos direitos e de protecção é da competência exclusiva das comissões de protecção e dos tribunais.

SECÇÃO II**Medidas no meio natural de vida****Artigo 39.º****Apoio junto dos pais**

A medida de apoio junto dos pais consiste em proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica.

Artigo 40.º**Apoio junto de outro familiar**

A medida de apoio junto de outro familiar consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de um familiar com quem resida ou a quem seja entregue, acompanhada de apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica.

Artigo 41.º**Educação parental**

1 — Quando sejam aplicadas as medidas previstas nos artigos 39.º e 40.º, os pais ou os familiares a quem a criança ou o jovem sejam entregues podem beneficiar de um programa de formação visando o melhor exercício das funções parentais.

2 — O conteúdo e a duração dos programas de educação parental são objecto de regulamento.

Artigo 42.º**Apoio à família**

As medidas de apoio previstas nos artigos 39.º e 40.º podem abranger o agregado familiar da criança e do jovem.

Artigo 43.º**Confiança a pessoa idónea**

A medida de confiança a pessoa idónea consiste na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de uma pessoa que, não pertencendo à sua família, com eles tenha estabelecido relação de afectividade recíproca.

Artigo 44.º**Colocação sob a guarda de pessoa idónea seleccionada para adopção**

No caso previsto no artigo 67.º, a medida de confiança a pessoa idónea prevista na alínea c) do artigo 35.º pode

consistir na colocação da criança ou do jovem sob a guarda de candidato seleccionado para a adopção pelo competente organismo da segurança social, desde que não ocorra oposição expressa e fundamentada deste organismo.

Artigo 45.º**Apoio para a autonomia de vida**

1 — A medida de apoio para a autonomia de vida consiste em proporcionar directamente ao jovem com idade superior a 15 anos apoio económico e acompanhamento psicopedagógico e social, nomeadamente através do acesso a programas de formação, visando proporcionar-lhe condições que o habilitem e lhe permitam viver por si só e adquirir progressivamente autonomia de vida.

2 — A medida referida no número anterior pode ser aplicada a mães com idade inferior a 15 anos, quando se verifique que a situação aconselha a aplicação desta medida.

SECÇÃO III**Medidas de colocação****SUBSECÇÃO I****Acolhimento familiar****Artigo 46.º****Definição**

1 — O acolhimento familiar consiste na atribuição da confiança da criança ou do jovem a uma pessoa singular ou a uma família, habilitadas para o efeito, visando a sua integração em meio familiar e a prestação de cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e a educação necessária ao seu desenvolvimento integral.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, considera-se que constituem uma família duas pessoas casadas entre si ou que vivam uma com a outra há mais de dois anos em união de facto ou parentes que vivam em comunhão de mesa e habitação.

Artigo 47.º**Tipos de famílias de acolhimento**

1 — Podem constituir-se famílias de acolhimento em lar familiar ou em lar profissional.

2 — A família de acolhimento em lar familiar é constituída por pessoas que se encontrem nas situações previstas no n.º 2 do artigo anterior.

3 — A família de acolhimento em lar profissional é constituída por uma ou mais pessoas com formação técnica adequada.

Artigo 48.º**Modalidades de acolhimento familiar**

1 — O acolhimento familiar é de curta duração ou prolongado.

2 — O acolhimento de curta duração tem lugar quando seja previsível o retorno da criança ou do jovem à família natural em prazo não superior a seis meses.

3 — O acolhimento prolongado tem lugar nos casos em que, sendo previsível o retorno à família natural, circunstâncias relativas à criança ou ao jovem exijam um acolhimento de maior duração.

SUBSECÇÃO II

Acolhimento em instituição

Artigo 49.º

Noção de acolhimento em instituição

A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Artigo 50.º

Modalidades de acolhimento em instituição

1 — O acolhimento em instituição pode ser de curta duração ou prolongado.

2 — O acolhimento de curta duração tem lugar em casa de acolhimento temporário por prazo não superior a seis meses.

3 — O prazo referido no número anterior pode ser excedido quando, por razões justificadas, seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da respectiva situação e à definição do encaminhamento subsequente.

4 — O acolhimento prolongado tem lugar em lar de infância e juventude e destina-se à criança ou ao jovem quando as circunstâncias do caso aconselhem um acolhimento de duração superior a seis meses.

Artigo 51.º

Lares de infância e juventude

1 — Os lares de infância e juventude podem ser especializados ou ter valências especializadas.

2 — Os lares de infância ou juventude devem ser organizados segundo modelos educativos adequados às crianças e jovens neles acolhidos.

SECÇÃO IV

Das instituições de acolhimento

Artigo 52.º

Natureza das instituições de acolhimento

As instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas com acordo de cooperação com o Estado.

Artigo 53.º

Funcionamento das instituições de acolhimento

1 — As instituições de acolhimento funcionam em regime aberto e são organizadas em unidades que favoreçam uma relação afectiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade.

2 — Para efeitos do número anterior, o regime aberto implica a livre entrada e saída da criança e do jovem da instituição, de acordo com as normas gerais de funcionamento, tendo apenas como limites os resultantes das suas necessidades educativas e da protecção dos seus direitos e interesses.

3 — Os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto podem visitar a criança ou o jovem, de acordo com os horários e as regras de funcionamento da instituição, salvo decisão judicial em contrário.

Artigo 54.º

Equipa técnica

1 — As instituições de acolhimento dispõem necessariamente de uma equipa técnica, a quem cabe o diagnóstico da situação da criança ou do jovem acolhidos e a definição e execução do seu projecto de promoção e protecção.

2 — A equipa técnica deve ter uma constituição pluridisciplinar, integrando as valências de psicologia, serviço social e educação.

3 — A equipa técnica deve ainda dispor da colaboração de pessoas com formação na área de medicina, direito, enfermagem e, no caso dos lares de infância e juventude, da organização de tempos livres.

SECÇÃO V

Acordo de promoção e protecção e execução das medidas

Artigo 55.º

Acordo de promoção e protecção

1 — O acordo de promoção e protecção inclui obrigatoriamente:

- a) A identificação do membro da comissão de protecção ou do técnico a quem cabe o acompanhamento do caso;
- b) O prazo por que é estabelecido e em que deve ser revisto;
- c) As declarações de consentimento ou de não oposição necessárias.

2 — Não podem ser estabelecidas cláusulas que imponham obrigações abusivas ou que introduzam limitações ao funcionamento da vida familiar para além das necessárias a afastar a situação concreta de perigo.

Artigo 56.º

Acordo de promoção e protecção relativo a medidas em meio natural de vida

1 — No acordo de promoção e de protecção em que se estabeleçam medidas a executar no meio natural de vida devem constar nomeadamente as cláusulas seguintes:

- a) Os cuidados de alimentação, higiene, saúde e conforto a prestar à criança ou ao jovem pelos pais ou pelas pessoas a quem sejam confiados;
- b) A identificação do responsável pela criança ou pelo jovem durante o tempo em que não possa ou não deva estar na companhia ou sob a vigilância dos pais ou das pessoas a quem estejam confiados, por razões laborais ou outras consideradas relevantes;
- c) O plano de escolaridade, formação profissional, trabalho e ocupação dos tempos livres;
- d) O plano de cuidados de saúde, incluindo consultas médicas e de orientação psicopedagógica, bem como o dever de cumprimento das directivas e orientações fixadas;

- e) O apoio económico a prestar, sua modalidade, duração e entidade responsável pela atribuição, bem como os pressupostos da concessão.

2 — Nos casos previstos na alínea e) do n.º 2 do artigo 3.º, se o perigo resultar de comportamentos adoptados em razão de alcoolismo, toxicod dependência ou doença psiquiátrica dos pais ou das pessoas a quem a criança ou o jovem esteja confiado, o acordo inclui ainda a menção de que a permanência da criança na companhia destas pessoas é condicionada à sua submissão a tratamento e ao estabelecimento de compromisso nesse sentido.

3 — Quando a intervenção seja determinada pela situação prevista na alínea f) do n.º 2 do artigo 3.º, podem ainda constar do acordo directivas e obrigações fixadas à criança ou ao jovem relativamente a meios ou locais que não deva frequentar, pessoas que não deva acompanhar, substâncias ou produtos que não deva consumir e condições e horários dos tempos de lazer.

Artigo 57.º

Acordo de promoção e protecção relativo a medidas de colocação

1 — No acordo de promoção e protecção em que se estabeleçam medidas de colocação devem ainda constar, com as devidas adaptações, para além das cláusulas enumeradas nos artigos anteriores:

- a) A modalidade do acolhimento e o tipo de família ou de lar em que o acolhimento terá lugar;
- b) Os direitos e os deveres dos intervenientes, nomeadamente a periodicidade das visitas por parte da família ou das pessoas com quem a criança ou o jovem tenha especial ligação afectiva, os períodos de visita à família, quando isso seja do seu interesse, e o montante da prestação correspondente aos gastos com o sustento, educação e saúde da criança ou do jovem e a identificação dos responsáveis pelo pagamento;
- c) A periodicidade e o conteúdo da informação a prestar às entidades administrativas e às autoridades judiciárias, bem como a identificação da pessoa ou da entidade que a deve prestar.

2 — A informação a que se refere a alínea c) do número anterior deve conter os elementos necessários para avaliar o desenvolvimento da personalidade, o aproveitamento escolar, a progressão em outras aprendizagens, a adequação da medida aplicada e a possibilidade de regresso da criança ou do jovem à família.

Artigo 58.º

Direitos da criança e do jovem em acolhimento

A criança e o jovem acolhidos em instituição têm, em especial, os seguintes direitos:

- a) Manter regularmente, e em condições de privacidade, contactos pessoais com a família e com pessoas com quem tenham especial relação afectiva, sem prejuízo das limitações impostas por decisão judicial ou pela comissão de protecção;
- b) Receber uma educação que garanta o desenvolvimento integral da sua personalidade e potencialidades, sendo-lhes asseguradas a prestação dos cuidados de saúde, formação escolar

e profissional e a participação em actividades culturais, desportivas e recreativas;

- c) Usufruir de um espaço de privacidade e de um grau de autonomia na condução da sua vida pessoal adequados à sua idade e situação;
- d) Receber dinheiro de bolso;
- e) A inviolabilidade da correspondência;
- f) Não ser transferidos da instituição, salvo quando essa decisão corresponda ao seu interesse;
- g) Contactar, com garantia de confidencialidade, a comissão de protecção, o Ministério Público, o juiz e o seu advogado.

2 — Os direitos referidos no número anterior constam necessariamente do regulamento interno das instituições de acolhimento.

Artigo 59.º

Acompanhamento da execução das medidas

1 — As comissões de protecção executam as medidas nos termos do acordo de promoção e protecção.

2 — A execução da medida aplicada em processo judicial é dirigida e controlada pelo tribunal que a aplicou.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, o tribunal designa a entidade que considere mais adequada para o acompanhamento da execução da medida.

4 — No caso previsto no n.º 3 do artigo 50.º, a situação é obrigatoriamente reexaminada de três em três meses.

SECÇÃO VI

Duração, revisão e cessação das medidas

Artigo 60.º

Duração das medidas no meio natural de vida

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 2, as medidas previstas nas alíneas a), b), c) e d) do artigo 35.º têm a duração estabelecida no acordo ou na decisão judicial.

2 — As medidas referidas no número anterior não poderão ter duração superior a um ano, podendo, todavia, ser prorrogadas até 18 meses se o interesse da criança ou do jovem o aconselhar e, no caso das medidas previstas nas alíneas b) e c), desde que se mantenham os consentimentos e os acordos legalmente exigidos.

Artigo 61.º

Duração das medidas de colocação

As medidas previstas nas alíneas e) e f) do artigo 35.º têm a duração estabelecida no acordo ou na decisão judicial.

Artigo 62.º

Revisão das medidas

1 — A medida aplicada é obrigatoriamente revista findo o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial, e, em qualquer caso, decorridos períodos nunca superiores a seis meses.

2 — A revisão da medida pode ter lugar antes de decorrido o prazo fixado no acordo ou na decisão judicial, oficiosamente ou a pedido das pessoas referidas nos artigos 9.º e 10.º, desde que ocorram factos que a justifiquem.

3 — A decisão de revisão pode determinar:

- a) A cessação da medida;
- b) A substituição da medida por outra mais adequada;
- c) A continuação ou a prorrogação da execução da medida;
- d) A verificação das condições de execução da medida;
- e) A comunicação à segurança social da verificação dos requisitos da adopção.

4 — É decidida a cessação da medida sempre que a sua continuação se mostre desnecessária.

5 — As decisões tomadas na revisão constituem parte integrante dos acordos de promoção e protecção ou da decisão judicial.

6 — As medidas provisórias são obrigatoriamente revistas no prazo máximo de seis meses após a sua aplicação.

Artigo 63.º

Cessação das medidas

1 — As medidas cessam quando:

- a) Decorra o respectivo prazo de duração ou eventual prorrogação;
- b) A decisão de revisão lhes ponha termo;
- c) Seja decidida a confiança administrativa ou judicial, nos casos previstos no artigo 44.º;
- d) O jovem atinja a maioridade ou, nos casos em que tenha solicitado a continuação da medida para além da maioridade, complete 21 anos;
- e) Seja proferida decisão em procedimento cível que assegure o afastamento da criança ou do jovem da situação de perigo.

2 — Após a cessação da medida aplicada em comissão de protecção, a criança, o jovem e a sua família poderão continuar a ser apoiados pela comissão, nos termos e pelo período que forem acordados.

CAPÍTULO IV

Comunicações

Artigo 64.º

Comunicação das situações de perigo pelas autoridades policiais e judiciárias

1 — As entidades policiais e as autoridades judiciárias comunicam às comissões de protecção as situações de crianças e jovens em perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as autoridades judiciárias adoptam as providências tutelares cíveis adequadas.

Artigo 65.º

Comunicação das situações de perigo conhecidas pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude

1 — As entidades com competência em matéria de infância e juventude comunicam às comissões de protecção as situações de perigo de que tenham conhe-

cimento no exercício das suas funções sempre que não possam, no âmbito exclusivo da sua competência, assegurar em tempo a protecção suficiente que as circunstâncias do caso exigem.

2 — As instituições de acolhimento devem comunicar ao Ministério Público todas as situações de crianças e jovens que acolham sem prévia decisão da comissão de protecção ou judicial.

Artigo 66.º

Comunicação das situações de perigo por qualquer pessoa

1 — Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de protecção ou às autoridades judiciárias.

2 — A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem.

3 — Quando as comunicações sejam dirigidas às entidades referidas no n.º 1, estas procedem ao estudo sumário da situação e proporcionam a protecção compatível com as suas atribuições, dando conhecimento da situação à comissão de protecção sempre que entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente.

Artigo 67.º

Comunicações das comissões de protecção aos organismos de segurança social

As comissões de protecção dão conhecimento aos organismos de segurança social das situações de crianças e jovens que se encontrem em alguma das situações previstas no artigo 1978.º do Código Civil e de outras situações que entendam dever encaminhar para a adopção.

Artigo 68.º

Comunicações das comissões de protecção ao Ministério Público

As comissões de protecção comunicam ao Ministério Público:

- a) As situações em que considerem adequado o encaminhamento para a adopção quando o organismo da segurança social divergir desse entendimento;
- b) As situações em que não sejam prestados ou sejam retirados os consentimentos necessários à sua intervenção, à aplicação da medida ou à sua revisão, em que haja oposição da criança ou do jovem, ou em que, tendo estes sido prestados, não sejam cumpridos os acordos estabelecidos;
- c) As situações em que não obtenham a disponibilidade dos meios necessários para aplicar ou executar a medida que considerem adequada, nomeadamente por oposição de um serviço ou instituição;
- d) As situações em que não tenha sido proferida decisão decorridos seis meses após o conhecimento da situação da criança ou do jovem em perigo;
- e) A aplicação da medida que determine ou mantenha a separação da criança ou do jovem dos seus pais, representante legal ou das pessoas que tenham a sua guarda de facto.

Artigo 69.º

Comunicações das comissões de protecção ao Ministério Público para efeitos de procedimento cível

As comissões de protecção comunicam ainda ao Ministério Público as situações de facto que justifiquem a regulação ou a alteração do regime de exercício do poder paternal, a inibição do poder paternal, a instauração da tutela ou a adopção de qualquer outra providência cível, nomeadamente nos casos em que se mostre necessária a fixação ou a alteração ou se verifique o incumprimento das prestações de alimentos.

Artigo 70.º

Participação dos crimes cometidos contra crianças e jovens

Quando os factos que tenham determinado a situação de perigo constituam crime, as entidades e instituições referidas nos artigos 7.º e 8.º devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais, sem prejuízo das comunicações previstas nos artigos anteriores.

Artigo 71.º

Consequências das comunicações

1 — As comunicações previstas nos artigos anteriores não determinam a cessação da intervenção das entidades e instituições, salvo quando não tiverem sido prestados ou tiverem sido retirados os consentimentos legalmente exigidos.

2 — As comunicações previstas no presente capítulo devem indicar as providências tomadas para protecção da criança ou do jovem e ser acompanhadas de todos os elementos disponíveis que se mostrem relevantes para apreciação da situação, salvaguardada a intimidade da criança ou do jovem.

CAPÍTULO V

Intervenção do Ministério Público

Artigo 72.º

Atribuições

1 — O Ministério Público intervém na promoção e defesa dos direitos das crianças e jovens em perigo, nos termos da presente lei, podendo exigir aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a sua guarda de facto os esclarecimentos necessários.

2 — O Ministério Público acompanha a actividade das comissões de protecção, tendo em vista apreciar a legalidade e a adequação das decisões, a fiscalização da sua actividade processual e a promoção dos procedimentos judiciais adequados.

3 — Compete, ainda, de modo especial, ao Ministério Público representar as crianças e jovens em perigo, propondo acções, requerendo providências tutelares cíveis e usando de quaisquer meios judiciais necessários à promoção e defesa dos seus direitos e à sua protecção.

Artigo 73.º

Iniciativa do processo judicial de promoção e protecção

1 — O Ministério Público requer a abertura do processo judicial de promoção dos direitos e de protecção quando:

- a) Tenha conhecimento das situações de crianças e jovens em perigo residentes em áreas em que

não esteja instalada comissão de protecção, sem prejuízo do disposto no artigo 74.º;

- b) Recebidas as comunicações a que se refere o artigo 68.º, considere necessária a aplicação judicial de uma medida de promoção e protecção;
- c) Requeira a apreciação judicial da decisão da comissão de protecção nos termos do artigo 76.º

2 — No caso previsto na alínea b) do número anterior, o Ministério Público, antes de requerer a abertura do processo judicial, pode requisitar à comissão o processo relativo ao menor e solicitar-lhe os esclarecimentos que tiver por convenientes.

Artigo 74.º

Arquivamento liminar

O Ministério Público arquiva liminarmente, através de despacho fundamentado, as comunicações que receba quando seja manifesta a sua falta de fundamento ou a desnecessidade da intervenção.

Artigo 75.º

Requerimento de providências tutelares cíveis

O Ministério Público requer ao tribunal as providências tutelares cíveis adequadas:

- a) No caso previsto na alínea a) do artigo 68.º, quando concorde com o entendimento da comissão de protecção;
- b) Sempre que considere necessário, nomeadamente nas situações previstas no artigo 69.º

Artigo 76.º

Requerimento para apreciação judicial

1 — O Ministério Público requer a apreciação judicial da decisão da comissão de protecção quando entenda que as medidas aplicadas são ilegais ou inadequadas para promoção dos direitos e protecção da criança ou do jovem em perigo.

2 — O requerimento para apreciação judicial da decisão da comissão de protecção indica os fundamentos da necessidade de intervenção judicial e é acompanhado do processo da comissão.

3 — Para efeitos do número anterior, o Ministério Público requisita previamente à comissão de protecção o respectivo processo.

4 — O requerimento para apreciação judicial deve ser apresentado no prazo de 15 dias após o recebimento da comunicação da decisão da comissão pelo Ministério Público e dele é dado conhecimento à comissão de protecção.

5 — O presidente da comissão de protecção é ouvido sobre o requerimento do Ministério Público.

CAPÍTULO VI

Disposições processuais gerais

Artigo 77.º

Disposições comuns

As disposições do presente capítulo aplicam-se aos processos de promoção dos direitos e de protecção,

adiante designados processos de promoção e protecção, instaurados nas comissões de protecção ou nos tribunais.

Artigo 78.º

Carácter individual e único do processo

O processo de promoção e protecção é individual, sendo organizado um único processo para cada criança ou jovem.

Artigo 79.º

Competência territorial

1 — É competente para a aplicação das medidas de promoção e protecção a comissão de protecção ou o tribunal da área da residência da criança ou do jovem no momento em que é recebida a comunicação da situação ou instaurado o processo judicial.

2 — Se a residência da criança ou do jovem não for conhecida, nem for possível determiná-la, é competente a comissão de protecção ou o tribunal do lugar onde aquele for encontrado.

3 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a comissão de protecção ou o tribunal do lugar onde a criança ou o jovem for encontrado realiza as diligências consideradas urgentes e toma as medidas necessárias para a sua protecção imediata.

4 — Se, após a aplicação da medida, a criança ou o jovem mudar de residência por período superior a três meses, o processo é remetido à comissão de protecção ou ao tribunal da área da nova residência.

5 — Salvo o disposto no número anterior, são irrelevantes as modificações de facto que ocorrerem posteriormente ao momento da instauração do processo.

Artigo 80.º

Apensação de processos

Sem prejuízo das regras de competência territorial, quando a situação de perigo abranger simultaneamente mais de uma criança ou jovem, pode ser instaurado um único processo e, tendo sido instaurado processos distintos, pode proceder-se à apensação de todos eles ao que foi instaurado em primeiro lugar, se as relações familiares ou as situações de perigo em concreto o justificarem.

Artigo 81.º

Apensação de processos de natureza diversa

1 — Quando, relativamente à mesma criança ou jovem, forem instaurados sucessivamente processos de promoção e protecção, tutelar educativo ou relativos a providências tutelares cíveis, devem os mesmos correr por apenso, sendo competente para deles conhecer o juiz do processo instaurado em primeiro lugar.

2 — A apensação referida no número anterior só será determinada relativamente ao processo de promoção e protecção a correr termos na comissão de protecção se o juiz, por despacho fundamentado, entender que existe ou pode existir incompatibilidade das respectivas medidas ou decisões.

3 — Para a observância do disposto no número anterior, o juiz solicita à comissão de protecção que o informe sobre qualquer processo de promoção e protecção pendente ou que venha a ser instaurado posteriormente relativamente à mesma criança ou jovem.

Artigo 82.º

Jovem arguido em processo penal

1 — Quando relativamente a um mesmo jovem correrem simultaneamente processo de promoção e protecção e processo penal, a comissão de protecção ou o tribunal de família e menores remete à autoridade judiciária competente para o processo penal cópia da respectiva decisão, podendo acrescentar as informações sobre a inserção familiar e sócio-profissional do jovem que considere adequadas.

2 — Os elementos referidos no número anterior são remetidos após a notificação ao jovem do despacho que designa dia para a audiência de julgamento, sendo-lhes correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 369.º, n.º 1, 370.º, n.º 3, e 371.º, n.º 2, do Código de Processo Penal.

3 — Quando o jovem seja preso preventivamente, os elementos constantes do n.º 1 podem ser remetidos a todo o tempo, a solicitação deste ou do defensor, ou com o seu consentimento.

4 — As autoridades judiciárias participam às entidades competentes em matéria de promoção dos direitos e protecção as situações de jovens arguidos em processo penal que se encontrem em perigo, remetendo-lhes os elementos de que disponham e que se mostrem relevantes para a apreciação da situação, nos termos do n.º 2 do artigo 71.º

Artigo 83.º

Aproveitamento dos actos anteriores

As comissões de protecção e os tribunais devem abster-se de ordenar a repetição de diligências já efectuadas, nomeadamente relatórios sociais ou exames médicos, salvo quando o interesse superior da criança exija a sua repetição ou esta se torne necessária para assegurar o princípio do contraditório.

Artigo 84.º

Audição da criança e do jovem

1 — As crianças e os jovens com mais de 12 anos, ou com idade inferior quando a sua capacidade para compreender o sentido da intervenção o aconselhe, são ouvidos pela comissão de protecção ou pelo juiz sobre as situações que deram origem à intervenção e relativamente à aplicação, revisão ou cessação de medidas de promoção e protecção.

2 — A criança ou o jovem tem direito a ser ouvido individualmente ou acompanhado pelos pais, pelo representante legal, por advogado da sua escolha ou oficioso ou por pessoa da sua confiança.

Artigo 85.º

Audição dos titulares do poder paternal

Os pais, o representante legal e as pessoas que tenham a guarda de facto da criança ou do jovem são obrigatoriamente ouvidos sobre a situação que originou a intervenção e relativamente à aplicação, revisão ou cessação de medidas de promoção e protecção.

Artigo 86.º

Informação e assistência

1 — O processo deve decorrer de forma compreensível para a criança ou jovem, considerando a idade e o grau de desenvolvimento intelectual e psicológico.

2 — Na audição da criança ou do jovem e no decurso de outros actos processuais ou diligências que o justifiquem, a comissão de protecção ou o juiz podem determinar a intervenção ou a assistência de médicos, psicólogos ou outros especialistas ou de pessoa da confiança da criança ou do jovem, ou determinar a utilização dos meios técnicos que lhes pareçam adequados.

Artigo 87.º

Exames

1 — Os exames médicos que possam ofender o pudor da criança ou do jovem apenas são ordenados quando for julgado indispensável e o seu interesse o exigir e devem ser efectuados na presença de um dos progenitores ou de pessoa da confiança da criança ou do jovem, salvo se o examinado o não desejar ou o seu interesse o exigir.

2 — Os exames médicos referidos no número anterior são realizados por pessoal médico devidamente qualificado, sendo garantido à criança ou ao jovem o necessário apoio psicológico.

3 — Aos exames médicos é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 9.º e 10.º

4 — Os exames têm carácter de urgência e, salvo quando outro prazo for exigido pela sua natureza, os respectivos relatórios são apresentados no prazo máximo de 30 dias.

5 — A comissão de protecção ou o tribunal podem, quando necessário para assegurar a protecção da criança ou do jovem, requerer ao tribunal certidão dos relatórios dos exames efectuados em processos relativos a crimes de que tenham sido vítimas, que possam ser utilizados como meios de prova.

Artigo 88.º

Carácter reservado do processo

1 — O processo de promoção e protecção é de carácter reservado.

2 — Os membros da comissão de protecção têm acesso aos processos em que intervenham, sendo aplicável, nos restantes casos, o disposto nos n.ºs 1 e 5.

3 — Os pais, o representante legal e as pessoas que detenham a guarda de facto podem consultar o processo pessoalmente ou através de advogado.

4 — A criança ou jovem podem consultar o processo através do seu advogado ou pessoalmente se o juiz o autorizar, atendendo à sua maturidade, capacidade de compreensão e natureza dos factos.

5 — Pode ainda consultar o processo, directamente ou através de advogado, quem manifeste interesse legítimo, quando autorizado e nas condições estabelecidas em despacho do presidente da comissão de protecção ou do juiz, conforme o caso.

6 — Os processos das comissões de protecção são destruídos quando a criança ou jovem atinjam a maioridade ou, no caso da alínea *d*) do n.º 1 do artigo 63.º os 21 anos.

Artigo 89.º

Consulta para fins científicos

1 — A comissão de protecção ou o tribunal podem autorizar a consulta dos processos por instituições credenciadas no domínio científico, ficando todos aqueles

que lhe tiverem acesso obrigados a dever de segredo relativamente àquilo de que tomarem conhecimento.

2 — A divulgação de quaisquer estudos deve ser feita de modo que torne impossível a identificação das pessoas a quem a informação disser respeito.

3 — Para fins científicos podem, com autorização da comissão restrita de protecção ou do juiz, ser publicadas peças de processos, desde que se impossibilite a identificação da criança ou jovem, seus familiares e restantes pessoas nelas referidas.

Artigo 90.º

Comunicação social

1 — Os órgãos de comunicação social, sempre que divulguem situações de crianças ou jovens em perigo, não podem identificar, nem transmitir elementos, sons ou imagens que permitam a sua identificação, sob pena de os seus agentes incorrerem na prática de crime de desobediência.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, os órgãos de comunicação social podem relatar o conteúdo dos actos públicos do processo judicial de promoção e protecção.

3 — Sempre que tal seja solicitado e sem prejuízo do disposto no n.º 1, o presidente da comissão de protecção ou o juiz do processo informam os órgãos de comunicação social sobre os factos, decisão e circunstâncias necessárias para a sua correcta compreensão.

CAPÍTULO VII

Procedimentos de urgência

Artigo 91.º

Procedimentos urgentes na ausência do consentimento

1 — Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais.

2 — As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade.

3 — Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado.

Artigo 92.º

Procedimentos judiciais urgentes

1 — O tribunal, a requerimento do Ministério Público, quando lhe sejam comunicadas as situações referidas no artigo anterior, profere decisão provisória, no prazo de quarenta e oito horas, confirmando as providências tomadas para a imediata protecção da criança

ou do jovem, aplicando qualquer uma das medidas previstas no artigo 35.º ou determinando o que tiver por conveniente relativamente ao destino da criança ou do jovem.

2 — Para efeitos do disposto no artigo anterior, o tribunal procede às averiguações sumárias e indispensáveis e ordena as diligências necessárias para assegurar a execução das suas decisões, podendo recorrer às entidades policiais e permitir às pessoas a quem incumba do cumprimento das suas decisões a entrada, durante o dia, em qualquer casa.

3 — Proferida a decisão provisória referida no n.º 1, o processo segue os seus termos como processo judicial de promoção e protecção.

CAPÍTULO VIII

Do processo nas comissões de protecção de crianças e jovens

Artigo 93.º

Iniciativa da intervenção das comissões de protecção

Sem prejuízo do disposto nos artigos 64.º a 66.º, as comissões de protecção intervêm:

- a) A solicitação da criança ou do jovem, dos seus pais, representante legal ou das pessoas que tenham a sua guarda de facto;
- b) Por sua iniciativa, em situações de que tiverem conhecimento no exercício das suas funções.

Artigo 94.º

Informação e audição dos interessados

1 — A comissão de protecção, recebida a comunicação da situação ou depois de proceder a diligências sumárias que a confirmem, deve contactar a criança ou o jovem, os titulares do poder paternal ou a pessoa com quem a criança ou o jovem residam, informando-os da situação e ouvindo-os sobre ela.

2 — A comissão de protecção deve informar as pessoas referidas no número anterior do modo como se processa a sua intervenção, das medidas que pode tomar, do direito de não autorizarem a intervenção e suas possíveis consequências e do seu direito a fazerem-se acompanhar de advogado.

Artigo 95.º

Falta do consentimento

Faltando ou tendo sido retirados os consentimentos previstos no artigo 9.º, ou havendo oposição do menor, nos termos do artigo 10.º, a comissão abstém-se de intervir e comunica a situação ao Ministério Público competente, remetendo-lhe o processo ou os elementos que considere relevantes para a apreciação da situação.

Artigo 96.º

Diligências nas situações de guarda ocasional

1 — Quando a criança se encontre a viver com uma pessoa que não detenha o poder paternal, não seja o seu representante legal, nem tenha a sua guarda de facto, a comissão de protecção deve diligenciar de imediato,

por todos os meios ao seu alcance, no sentido de entrar em contacto com as pessoas que devem prestar o consentimento, a fim de que estes ponham cobro à situação de perigo ou prestem o consentimento para a intervenção.

2 — Até ao momento em que o contacto com os pais ou representantes legais seja possível e sem prejuízo dos procedimentos de urgência, a comissão de protecção proporciona à criança ou ao jovem os meios de apoio adequados, salvo se houver oposição da pessoa com quem eles residem.

3 — Quando se verifique a oposição referida no número anterior, a comissão de protecção comunica imediatamente a situação ao Ministério Público.

Artigo 97.º

Processo

1 — O processo inicia-se com o recebimento da comunicação escrita ou com o registo das comunicações verbais ou dos factos de que a referida comissão tiver conhecimento.

2 — O processo da comissão de protecção inclui a recolha de informação, as diligências e os exames necessários e adequados ao conhecimento da situação, à fundamentação da decisão, à aplicação da respectiva medida e à sua execução.

3 — O processo é organizado de modo que nele sejam registados por ordem cronológica todos os actos e diligências praticados ou solicitados pela comissão de protecção.

4 — Relativamente a cada processo é transcrita na acta da comissão restrita, de forma sumária, a deliberação e a sua fundamentação.

Artigo 98.º

Decisão relativa à medida

1 — Reunidos os elementos sobre a situação da criança ou do jovem, a comissão restrita, em reunião, aprecia o caso, arquivando o processo quando a situação de perigo não se confirme ou já não subsista, ou delibera a aplicação da medida adequada.

2 — Perante qualquer proposta de intervenção da comissão de protecção, as pessoas a que se referem os artigos 9.º e 10.º podem solicitar um prazo, não superior a oito dias, para prestar consentimento ou manifestar a não oposição.

3 — Havendo acordo entre a comissão de protecção e as pessoas a que se referem os artigos 9.º e 10.º no tocante à medida a adoptar, a decisão é reduzida a escrito, tomando a forma de acordo, nos termos do disposto nos artigos 55.º a 57.º, o qual é assinado pelos intervenientes.

4 — Não havendo acordo, e mantendo-se a situação que justifique a aplicação de medida, a comissão de protecção remete o processo ao Ministério Público.

Artigo 99.º

Arquivamento do processo

Cessando a medida, o processo é arquivado, só podendo ser reaberto se ocorrerem novos factos que

justifiquem a aplicação de medida de promoção e protecção.

CAPÍTULO IX

Do processo judicial de promoção e protecção

Artigo 100.º

Processo

O processo judicial de promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em perigo, doravante designado processo judicial de promoção e protecção, é de jurisdição voluntária.

Artigo 101.º

Tribunal competente

1 — Compete ao tribunal de família e menores a instrução e o julgamento do processo.

2 — Fora das áreas abrangidas pela jurisdição dos tribunais de família e menores cabe ao tribunal da respectiva comarca conhecer das causas que àqueles estão atribuídas.

3 — No caso previsto no número anterior, o tribunal constitui-se em tribunal de família e menores.

Artigo 102.º

Processos urgentes

1 — Os processos judiciais de promoção e protecção são de natureza urgente, correndo nas férias judiciais.

2 — Os processos não estão sujeitos a distribuição, sendo imediatamente averbados ao juiz de turno.

Artigo 103.º

Advogado

1 — Os pais, o representante legal ou quem tiver a guarda de facto podem, em qualquer fase do processo, constituir advogado ou requerer a nomeação de patrono que o represente, a si ou à criança ou ao jovem.

2 — É obrigatória a nomeação de patrono à criança ou jovem quando os seus interesses e os dos seus pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto sejam conflituantes e ainda quando a criança ou jovem com a maturidade adequada o solicitar ao tribunal.

3 — A nomeação do patrono é efectuada nos termos da lei do apoio judiciário.

4 — No debate judicial é obrigatória a constituição de advogado ou a nomeação de patrono à criança ou jovem.

Artigo 104.º

Contraditório

1 — A criança ou jovem, os seus pais, representante legal ou quem tiver a guarda de facto têm direito a requerer diligências e oferecer meios de prova.

2 — No debate judicial podem ser apresentadas alegações escritas e é assegurado o contraditório.

Artigo 105.º

Iniciativa processual

1 — A iniciativa processual cabe ao Ministério Público.

2 — Os pais, o representante legal, as pessoas que tenham a guarda de facto e a criança ou jovem com idade superior a 12 anos podem também requerer a intervenção do tribunal no caso previsto na alínea e) do artigo 11.º

Artigo 106.º

Fases do processo

1 — O processo de promoção e protecção é constituído pelas fases de instrução, debate judicial, decisão e execução da medida.

2 — Recebido o requerimento inicial, o juiz profere despacho de abertura de instrução ou, se considerar que dispõe de todos os elementos necessários, ordena as notificações a que se refere o n.º 1 do artigo 114.º, seguindo-se os demais termos nele previstos.

Artigo 107.º

Despacho inicial

1 — Declarada aberta a instrução, o juiz designa data para a audição obrigatória:

- a) Da criança ou do jovem;
- b) Dos pais, do representante legal da criança ou do jovem ou da pessoa que tenha a sua guarda de facto.

2 — No mesmo despacho, o juiz, sempre que o julgar conveniente, pode designar dia para ouvir os técnicos que conheçam a situação da criança ou do jovem a fim de prestarem os esclarecimentos necessários.

3 — Com a notificação da designação da data referida no n.º 1 procede-se também à notificação dos pais, representantes legais ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem para, querendo, requererem a realização de diligências instrutórias ou juntarem meios de prova.

Artigo 108.º

Informação ou relatório social

1 — O juiz, se o entender necessário, pode utilizar, como meios de obtenção da prova, a informação ou o relatório social sobre a situação da criança e do jovem e do seu agregado familiar.

2 — A informação é solicitada pelo juiz às entidades referidas na alínea d) do artigo 5.º, que a remetem ao tribunal no prazo de oito dias.

3 — A elaboração de relatório social é solicitada pelo juiz a qualquer das entidades a que se refere o artigo 5.º, alínea d), que disponha de serviço social adequado para o efeito, que o remete no prazo de 30 dias.

Artigo 109.º

Duração

A instrução do processo de promoção e de protecção não pode ultrapassar o prazo de quatro meses.

Artigo 110.º

Encerramento da instrução

O juiz, ouvido o Ministério Público, declara encerrada a instrução e:

- a) Decide o arquivamento do processo;
- b) Designa dia para uma conferência com vista à obtenção de acordo de promoção e protecção; ou
- c) Quando se mostre manifestamente improvável uma solução negociada, determina o prosseguimento do processo para realização de debate judicial e ordena as notificações a que se refere o n.º 1 do artigo 114.º

Artigo 111.º

Arquivamento

O juiz decide o arquivamento do processo quando concluir que, em virtude de a situação de perigo não se comprovar ou já não subsistir, se tornou desnecessária a aplicação de qualquer medida de promoção e protecção.

Artigo 112.º

Decisão negociada

O juiz convoca para a conferência, com vista à obtenção de acordo de promoção e protecção, o Ministério Público, os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto, a criança ou jovem com mais de 12 anos e as pessoas e representantes de entidades cuja presença e subscrição do acordo seja entendida como relevante.

Artigo 113.º

Acordo de promoção e protecção

1 — Ao acordo de promoção e protecção é aplicável, com as devidas adaptações, o disposto nos artigos 55.º a 57.º

2 — Não havendo oposição do Ministério Público, o acordo é homologado por decisão judicial.

3 — O acordo fica a constar da acta e é subscrito por todos os intervenientes.

Artigo 114.º

Debate judicial

1 — Se não tiver sido possível obter o acordo de promoção e protecção, ou quando este se mostre manifestamente improvável, o juiz notifica o Ministério Público, os pais, o representante legal, quem detiver a guarda de facto e a criança ou jovem com mais de 12 anos para alegarem, por escrito, querendo, e apresentarem prova no prazo de 10 dias.

2 — Recebidas as alegações e apresentada a prova, o juiz designa dia para o debate judicial e ordena a notificação das pessoas que devam comparecer.

3 — Com a notificação da data para o debate judicial é dado conhecimento aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a guarda de facto das alegações e prova apresentada pelo Ministério Público e a este das restantes alegações e prova apresentada.

Artigo 115.º

Composição do tribunal

O debate judicial será efectuado perante um tribunal composto pelo juiz, que preside, e por dois juizes sociais.

Artigo 116.º

Organização do debate judicial

1 — O debate judicial é contínuo, decorrendo sem interrupção ou adiamento até ao encerramento, salvo as suspensões necessárias para alimentação e repouso dos participantes.

2 — O debate judicial não pode ser adiado e inicia-se com a produção da prova e audição das pessoas presentes, ordenando o juiz as diligências necessárias para que compareçam os não presentes na data que designar para o seu prosseguimento.

3 — A leitura da decisão é pública, mas ao debate judicial só podem assistir as pessoas que o tribunal expressamente autorizar.

Artigo 117.º

Regime das provas

Para a formação da convicção do tribunal e para a fundamentação da decisão só podem ser consideradas as provas que puderem ter sido contraditadas durante o debate judicial.

Artigo 118.º

Documentação

1 — As declarações prestadas em audiência são documentadas em acta quando o tribunal não dispuser de meios idóneos para assegurar a sua reprodução integral.

2 — No caso previsto no número anterior, o juiz dita para a acta uma súmula das declarações, podendo o Ministério Público e os advogados requerer que sejam aditados os elementos que se mostrarem necessários à boa decisão da causa.

Artigo 119.º

Alegações

Produzida a prova, o juiz concede a palavra ao Ministério Público e aos advogados para alegações, por trinta minutos cada um.

Artigo 120.º

Competência para a decisão

1 — Terminado o debate, o tribunal recolhe para decidir.

2 — A decisão é tomada por maioria de votos, votando em primeiro lugar os juizes sociais, por ordem crescente de idade, e, no fim, o juiz presidente.

Artigo 121.º

Decisão

1 — A decisão inicia-se por um relatório sucinto, em que se identifica a criança ou jovem, os seus pais, repre-

sentante legal, ou a pessoa que tem a guarda de facto e se procede a uma descrição da tramitação do processo.

2 — Ao relatório segue-se a fundamentação que consiste na enumeração dos factos provados e não provados, bem como na sua valoração e exposição das razões que justificam o arquivamento ou a aplicação de uma medida de promoção e protecção, terminando pelo dispositivo e decisão.

Artigo 122.º

Leitura da decisão

1 — A decisão é lida pelo juiz presidente, podendo ser ditada para a acta, em acto contínuo à deliberação.

2 — Nos casos de especial complexidade, o debate judicial pode ser suspenso e designado novo dia para leitura da decisão.

Artigo 123.º

Recursos

1 — Cabe recurso das decisões que, definitiva ou provisoriamente, se pronunciem sobre a aplicação, alteração ou cessação de medidas de promoção e protecção.

2 — Podem recorrer o Ministério Público, a criança ou o jovem, os pais, o representante legal e quem tiver a guarda de facto da criança ou do jovem.

Artigo 124.º

Processamento e efeito dos recursos

1 — Os recursos são processados e julgados como os agravos em matéria cível.

2 — Cabe ao tribunal recorrido fixar o efeito do recurso.

Artigo 125.º

A execução da medida

No processo judicial de promoção e protecção a execução da medida será efectuada nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 59.º

Artigo 126.º

Direito subsidiário

Ao processo de promoção e protecção são aplicáveis subsidiariamente, com as devidas adaptações, na fase de debate judicial e de recursos, as normas relativas ao processo civil de declaração sob a forma sumária.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Decreto n.º 34/99

de 1 de Setembro

Nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 197.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único

Aprova a Convenção sobre Segurança Social entre a República Portuguesa e a República do Chile, assinada

em Lisboa em 25 de Março de 1999, sendo o teor do respectivo instrumento publicado em anexo.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 9 de Junho de 1999. — *António Manuel de Oliveira Guterres* — *Jaime José Matos da Gama* — *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina* — *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Assinado em 13 de Agosto de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 18 de Agosto de 1999.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

CONVENÇÃO SOBRE SEGURANÇA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA PORTUGUESA E A REPÚBLICA DO CHILE

A República Portuguesa e a República do Chile, animadas do desejo de regular as suas relações em matéria de segurança social, acordaram o seguinte:

TÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Definições

1 — As expressões e termos mencionados seguidamente têm, para efeitos de aplicação da presente Convenção, o seguinte significado:

- a) «Partes Contratantes», a República Portuguesa e a República do Chile;
- b) «Território», relativamente à República Portuguesa, o território no continente europeu e os arquipélagos dos Açores e da Madeira e, relativamente à República do Chile, o território da República do Chile;
- c) «Legislação», as leis, decretos, regulamentos e outras disposições legais existentes e futuras, respeitantes aos regimes referidos no artigo 2.º da presente Convenção;
- d) «Autoridade competente», em relação à República Portuguesa, o ministro, os ministros ou qualquer outra autoridade correspondente responsável pelas legislações mencionadas no artigo 2.º da presente Convenção e, em relação à República do Chile, o Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Ministério do Trabalho e Previdência Social);
- e) «Instituição competente», a instituição ou organismo responsável, conforme o caso, pela aplicação da legislação mencionada no artigo 2.º da presente Convenção;
- f) «Residência», o lugar onde a pessoa reside habitualmente;
- g) «Prestação» ou «pensão», as prestações ou pensões, incluindo os elementos que as complementam, assim como as melhorias, suplementos, bonificações, aumentos, subsídios de actualização ou subsídios suplementares;

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário aplicado nas Instituições (Crianças institucionalizadas)

QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se no estudo que está a ser realizado no âmbito da tese de Doutoramento, cujo tema é “**Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas**”, da Doutoranda de Psicologia Eugénia Maria Rainha Pereira, aluna da Universidade da Extremadura, Badajoz.

Este estudo tem como finalidade caracterizar o universo de crianças em acolhimento institucional, com idades entre os 6 e os 12 anos (inclusive), analisar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, comparativamente com crianças não institucionalizadas e identificar estratégias para o acompanhamento mais adequado e eficaz destas crianças.

O questionário está dividido em duas partes:

- **Parte I** - composta por questões de âmbito geral onde o papel dos profissionais de saúde é caracterizado pela Instituição;
- **Parte II (inerente a cada criança, devendo ser preenchida pelo seu responsável)** - constituída por questões sociodemográficas e questões referentes às perturbações do comportamento (através do Questionário de Comportamentos da Criança - **Child Behavior Checklist Form for Ages 6 – 18**).

Para responder às questões faça um X ou escreva a resposta nos espaços correspondentes.

A informação recolhida é confidencial e utilizada apenas no contexto geral desta investigação.

Obrigada pela sua colaboração.

PARTE I

1. Existe alguma parceria com o Centro de Saúde / Hospital local? Sim Não

- Se respondeu afirmativamente refira que tipo de parceria:

2. Algum profissional do Centro de Saúde / Hospital vai com regularidade à Instituição? Sim Não

- Se respondeu “sim” refira quem e com que regularidade

3. Dificuldade(s) sentida(s) no contacto com o Centro de Saúde / Hospital local:

- Inexistência de um profissional de referência
- Demora no atendimento
- Escassez de consultas
- Deficiente articulação com os serviços de saúde
- Outras

4. Refira as expectativas relativas ao papel dos profissionais de saúde para o acompanhamento mais adequado destas crianças.

PARTE II

(1 questionário por criança)

a) Questões sociodemográficas

1. Caracterização Individual

- Idade: _____ anos
- Sexo: Feminino Masculino
- Ano de escolaridade: _____
- Data de entrada na Instituição: _____
- Aplicação da medida:
 - CPCJ
 - Tribunal

2. Motivo da aplicação da medida de Acolhimento em Instituição:

Situação de perigo da criança/jovem (é possível seleccionar mais do que 1 opção)

- Mau trato físico
- Mau trato psicológico ou emocional
- Negligência
 - Ao nível da educação
 - Ao nível da saúde
 - Face a comportamentos de risco da criança/jovem
 - Falta de supervisão e acompanhamento familiar
- Exposição a modelos parentais desviantes
- Abuso sexual
 - Corrupção sexual
 - Pornografia infantil
 - Prostituição infantil
 - Violação
 - Exposição verbal / física a linguagem ou comportamentos de cariz sexual
- Exploração de trabalho infantil
- Mendicidade
- Prática de facto qualificado como crime por menor de 12 anos
- Comportamentos desviantes
- Abandono
- Ausência temporária de suporte familiar
- Outra situação de perigo

3. Problemáticas do agregado associadas à situação de perigo da

criança/jovem (Identificar a(s) problemática(s) dominante(s) do agregado familiar da criança que se encontra relacionada com a situação de perigo da criança)

- Toxicodependência
- Alcoolismo
- Carência socioeconómica (desemprego, mendicidade, sem abrigo, condições habitacionais precárias)
- Violência doméstica
- Detenção
- Doenças do foro psiquiátrico
- Inexistência de autorização de residência
- Prostituição
- Rutura familiar (Para as situações de divórcio ou separações conjugais)
- Doença física (inclui doenças infecto-contagiosas, degenerativas, crónicas)
- Nenhuma problemática do agregado

4. Contacto familiar

- Mantém contacto periódico com os pais? Sim Não
 - Todas as semanas
 - Quinzenal
 - Mensal
 - Trimestral
 - Outra periodicidade

b) Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 6-18 (Parte II)

Copyright T.M. Achenbach & Rescorla, 2001: reproduced under License #734-07-20-12;

ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., VT 05401-3456.

Direitos reservados - Psiquilíbrios Edições

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu educando é ou tem sido **durante os últimos 6 meses**. Responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam, não se aplicar ao seu educando e mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas.

Sinta-se livre para escrever informação adicional à frente de cada item e no espaço para o efeito. Assinale/circunde o número segundo a escala (0, 1 e 2) que apresentamos.

Assegure-se de que respondeu a todos os itens.

0	1	2
Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade	0	1	2
2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva) _____	0	1	2
3. Discute muito	0	1	2
4. Não consegue acabar as coisas que começa	0	1	2
5. Não há muitas coisas de que goste	0	1	2
6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa de banho	0	1	2
7. É fanfarrão ou gabarola	0	1	2
8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo	0	1	2
9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva) _____	0	1	2
10. Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou irrequieto(a)	0	1	2
11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0	1	2
12. Queixa-se de solidão	0	1	2
13. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)	0	1	2
14. Chora muito	0	1	2
15. É cruel com os animais	0	1	2

	0	1	2
	Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira
16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau/má para os outros	0	1	2
17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0	1	2
18. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0	1	2
19. Exige muita atenção	0	1	2
20. Destrói as suas próprias coisas	0	1	2
21. Destrói as coisas da sua família ou de outras crianças	0	1	2
22. É desobediente em casa	0	1	2
23. É desobediente na escola	0	1	2
24. Não come bem	0	1	2
25. Não se dá bem com outras crianças	0	1	2
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal	0	1	2
27. Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)	0	1	2
28. Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais	0	1	2
29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola _____	0	1	2
30. Tem medo de ir para a escola	0	1	2
31. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0	1	2
32. Sente que tem de ser perfeito(a)	0	1	2
33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	0	1	2
34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanhar; sente-se perseguido(a)	0	1	2
35. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0	1	2
36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0	1	2
37. Mete-se muito em lutas/brigas	0	1	2
38. Fazem pouco dele(a) frequentemente	0	1	2
39. Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos	0	1	2
40. Ouve som ou vozes que não existem (descreva) _____	0	1	2
41. É impulsivo(a) ou age sem pensar	0	1	2
42. Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)	0	1	2
43. Mentalmente ou faz batota	0	1	2
44. Rói as unhas	0	1	2
45. É nervoso(a), irritável ou tenso(a)	0	1	2
46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva) _____	0	1	2
47. Tem pesadelos	0	1	2
48. As outras crianças/jovens não gostam dele(a)	0	1	2
49. Tem prisão de ventre, obstipação	0	1	2
50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)	0	1	2
51. Sente tonturas	0	1	2
52. Sente-se demasiado culpado(a)	0	1	2
53. Come demasiado	0	1	2
54. Cansa-se demasiado	0	1	2
55. Tem peso a mais	0	1	2
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:			
a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)	0	1	2
b. Dores de cabeça	0	1	2
c. Náuseas, enjoos	0	1	2

	0	1	2
	Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira
d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva)_____	0	1	2
e. Irritações da pele/borbulhas ou outros problemas de pele	0	1	2
f. Dores de estômago ou cólicas	0	1	2
g. Vômitos	0	1	2
h. Outros problemas (descreva)_____	0	1	2
57. Agrid fisicamente outras pessoas	0	1	2
58. Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo _____	0	1	2
59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público	0	1	2
60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais	0	1	2
61. O seu trabalho escolar é fraco	0	1	2
62. Tem má coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)	0	1	2
63. Prefere andar com crianças/jovens mais velhos(as)	0	1	2
64. Prefere andar com crianças/jovens mais novos(as)	0	1	2
65. Recusa-se a falar	0	1	2
66. Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva)_____	0	1	2
67. Foge de casa	0	1	2
68. Grita muito	0	1	2
69. É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	0	1	2
70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva)_____	0	1	2
71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade	0	1	2
72. Provoca fogos	0	1	2
73. Tem problemas sexuais (descreva)_____	0	1	2
74. Gosta de se “exibir” ou de “fazer palhaçadas”	0	1	2
75. É envergonhado(a) ou tímido(a)	0	1	2
76. Dorme menos que a maior parte das crianças	0	1	2
77. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva)_____	0	1	2
78. É desatento(a), distrai-se facilmente	0	1	2
79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras _____	0	1	2
80. Fica de olhar fixo e vazio	0	1	2
81. Rouba coisas em casa	0	1	2
82. Rouba coisas fora de casa	0	1	2
83. Acumula coisas de que não necessita (descreva)_____	0	1	2
84. Tem comportamentos estranhos (descreva)_____	0	1	2
85. Tem ideias estranhas (descreva)_____	0	1	2
86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	0	1	2
87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos	0	1	2
88. Amua muito	0	1	2
89. É desconfiado(a)	0	1	2
90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena	0	1	2
91. Fala em matar-se	0	1	2
92. Fala ou anda durante o sono (descreva)_____	0	1	2

	0	1	2
	Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira
93. Fala demasiado	0	1	2
94. Arrelia muito os outros	0	1	2
95. Tem birras, temperamento exaltado	0	1	2
96. Pensa demasiado em sexo	0	1	2
97. Ameaça as pessoas	0	1	2
98. Chupa no dedo	0	1	2
99. Consume tabaco	0	1	2
100. Tem dificuldade em dormir (descreva)_____	0	1	2
101. Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)	0	1	2
102. É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia	0	1	2
103. É infeliz, triste ou deprimido(a)	0	1	2
104. É invulgarmente barulhento(a)	0	1	2
105. Consume drogas sem razões médicas (descreva)_____	0	1	2
106. Comete atos de vandalismo	0	1	2
107. Urina-se durante o dia	0	1	2
108. Urina na cama	0	1	2
109. Choramanga	0	1	2
110. Gostaria de ser do sexo oposto	0	1	2
111. Isola-se, não se envolve nem estabelece relações com os outros	0	1	2
112. É preocupado(a)	0	1	2
113. Por favor indique outros problemas do seu educando que não tenham sido referidos: _____ _____ _____	0	1	2

Verifique por favor, se respondeu a todas as questões.

Grata pela colaboração!

Eugénia Maria Rainha Pereira

APÊNDICE II

Questionário aplicado ao grupo das Crianças não institucionalizadas

QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se no estudo que está a ser realizado no âmbito da tese de Doutoramento, cujo tema é “**Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas**”, da Doutoranda de Psicologia Eugénia Maria Rainha Pereira, aluna da Universidade da Extremadura, Badajoz.

Este estudo tem como finalidade analisar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, em crianças com idades entre os 6 e os 12 anos (inclusive).

O questionário é dirigido aos pais/encarregados de educação.

Para responder às questões faça um X ou escreva a resposta nos espaços correspondentes.

Se aceitar participar no estudo, por favor assine a declaração de consentimento informado na página seguinte.

A informação recolhida é confidencial e utilizada apenas no contexto geral desta investigação.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Eugénia Maria Rainha Pereira

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo insere-se no âmbito da tese de Doutoramento em Psicologia, a decorrer na Universidade da Extremadura (Badajoz) e que se denomina **“Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas”**. A pesquisa, realizada por Eugénia Maria Rainha Pereira, tem como objetivo analisar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, em crianças com idades entre os 6 e os 12 anos (inclusive).

Para concretizar este objetivo, necessito de administrar, o “Questionário de Comportamentos da criança CBCL 6-18”, a ser preenchido por V/Ex.^a na qualidade de Pai/Mãe e/ou Encarregado de Educação.

A sua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para a presente investigação científica. Estou disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima e aceito participar no referido estudo. Declaro que fui informado(a) do objetivo e procedimentos do mesmo, do seu caráter anónimo e confidencial.

Seia, _____ de _____ de 2014

Contactos:

Telefónico: 966957278

E-mail – eugeniarainha@sapo.pt

Copyright T.M. Achenbach & Rescorla, 2001: reproduced under License #734-07-20-12;
ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., VT 05401-3456.
Direitos reservados - Psiquilíbrios Edições

Idade do seu filho(a): _____

Sexo do seu filho(a): Feminino Masculino

Ano de escolaridade do seu filho(a): _____

Questionário preenchido por: Mãe Pai Outro: _____

Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é ou tem sido **durante os últimos 6 meses**. Responda a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam, não se aplicar ao seu filho(a) mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas.

Sinta-se livre para escrever informação adicional à frente de cada item e no espaço para o efeito. Assinale/circunde o número segundo a escala (0, 1 e 2) que apresentamos.

Assegure-se de que respondeu a todos os itens.

0	1	2
Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira

114. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade	0	1	2
115. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva)	0	1	2
116. Discute muito	0	1	2
117. Não consegue acabar as coisas que começa	0	1	2
118. Não há muitas coisas de que goste	0	1	2
119. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa de banho	0	1	2
120. É fanfarrão ou gabarola	0	1	2
121. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento(a) durante muito tempo	0	1	2
122. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas (descreva)	0	1	2
123. Não é capaz de ficar sentado(a) sossegado(a), é muito ativo(a) ou irrequieto(a)	0	1	2
124. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0	1	2
125. Queixa-se de solidão	0	1	2
126. Fica confuso(a) ou desorientado(a) (parece não saber onde está)	0	1	2
127. Chora muito	0	1	2
128. É cruel com os animais	0	1	2

0	1	2
Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira
129. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau/má para os outros	0	1 2
130. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos	0	1 2
131. Magoa-se de propósito ou já fez tentativas de suicídio	0	1 2
132. Exige muita atenção	0	1 2
133. Destrói as suas próprias coisas	0	1 2
134. Destrói as coisas da sua família ou de outras crianças	0	1 2
135. É desobediente em casa	0	1 2
136. É desobediente na escola	0	1 2
137. Não come bem	0	1 2
138. Não se dá bem com outras crianças	0	1 2
139. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal	0	1 2
140. Tem ciúmes com facilidade, é invejoso(a)	0	1 2
141. Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais	0	1 2
142. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola _____	0	1 2
143. Tem medo de ir para a escola	0	1 2
144. Tem medo de pensar ou fazer qualquer coisa de mal	0	1 2
145. Sente que tem de ser perfeito(a)	0	1 2
146. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	0	1 2
147. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanhar; sente-se perseguido(a)	0	1 2
148. Sente-se sem valor ou inferior aos outros	0	1 2
149. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes	0	1 2
150. Mete-se muito em lutas/brigas	0	1 2
151. Fazem pouco dele(a) frequentemente	0	1 2
152. Anda com outras crianças/jovens que se metem em sarilhos	0	1 2
153. Ouve som ou vozes que não existem (descreva) _____	0	1 2
154. É impulsivo(a) ou age sem pensar	0	1 2
155. Gosta mais de estar sozinho(a) do que acompanhado(a)	0	1 2
156. Mentira ou faz batota	0	1 2
157. Rói as unhas	0	1 2
158. É nervoso(a), irritável ou tenso(a)	0	1 2
159. Tem movimentos nervosos ou tiques(descreva) _____	0	1 2
160. Tem pesadelos	0	1 2
161. As outras crianças/jovens não gostam dele(a)	0	1 2
162. Tem prisão de ventre, obstipação	0	1 2
163. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)	0	1 2
164. Sente tonturas	0	1 2
165. Sente-se demasiado culpado(a)	0	1 2
166. Come demasiado	0	1 2
167. Cansa-se demasiado	0	1 2
168. Tem peso a mais	0	1 2
169. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:		
a. Dores (sem ser dores de cabeça ou de barriga)	0	1 2
b. Dores de cabeça	0	1 2
c. Náuseas, enjoos	0	1 2

	0	1	2
	Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira
d. Problemas com a vista (não incluindo problemas corrigidos por óculos ou lentes de contacto) (descreva)_____	0	1	2
e. Irritações da pele/borbulhas ou outros problemas de pele	0	1	2
f. Dores de estômago ou cólicas	0	1	2
g. Vômitos	0	1	2
h. Outros problemas (descreva)_____	0	1	2
170. Agride fisicamente outras pessoas	0	1	2
171. Tira coisas do nariz, arranca coisas da pele ou de outras partes do corpo _____	0	1	2
172. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em público	0	1	2
173. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais	0	1	2
174. O seu trabalho escolar é fraco	0	1	2
175. Tem má coordenação, é desajeitado(a) ou desastrado(a)	0	1	2
176. Prefere andar com crianças/jovens mais velhos(as)	0	1	2
177. Prefere andar com crianças/jovens mais novos(as)	0	1	2
178. Recusa-se a falar	0	1	2
179. Repete várias vezes e com insistência as mesmas ações ou gestos; tem compulsões (descreva)_____	0	1	2
180. Foge de casa	0	1	2
181. Grita muito	0	1	2
182. É reservado(a), guarda as coisas para si mesmo	0	1	2
183. Vê coisas que não existem, que não estão presentes (descreva)_____	0	1	2
184. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade	0	1	2
185. Provoca fogos	0	1	2
186. Tem problemas sexuais (descreva)_____	0	1	2
187. Gosta de se “exibir” ou de “fazer palhaçadas”	0	1	2
188. É envergonhado(a) ou tímido(a)	0	1	2
189. Dorme menos que a maior parte das crianças	0	1	2
190. Dorme mais do que a maior parte das crianças, durante o dia e/ou durante a noite (descreva)_____	0	1	2
191. É desatento(a), distrai-se facilmente	0	1	2
192. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação das palavras _____	0	1	2
193. Fica de olhar fixo e vazio	0	1	2
194. Rouba coisas em casa	0	1	2
195. Rouba coisas fora de casa	0	1	2
196. Acumula coisas de que não necessita (descreva)_____	0	1	2
197. Tem comportamentos estranhos (descreva)_____	0	1	2
198. Tem ideias estranhas (descreva)_____	0	1	2
199. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritável	0	1	2
200. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos	0	1	2
201. Amua muito	0	1	2
202. É desconfiado(a)	0	1	2
203. Diz palavrões ou usa linguagem obscena	0	1	2
204. Fala em matar-se	0	1	2
205. Fala ou anda durante o sono (descreva)_____	0	1	2

0	1	2	
Não é verdadeira	De alguma forma ou algumas vezes verdadeira	Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira	
206. Fala demasiado	0	1	2
207. Arrelia muito os outros	0	1	2
208. Tem birras, temperamento exaltado	0	1	2
209. Pensa demasiado em sexo	0	1	2
210. Ameaça as pessoas	0	1	2
211. Chupa no dedo	0	1	2
212. Consume tabaco	0	1	2
213. Tem dificuldade em dormir (descreva)_____	0	1	2
214. Falta à escola sem razão (por “vadiagem”)	0	1	2
215. É pouco ativo(a), vagaroso(a), tem falta de energia	0	1	2
216. É infeliz, triste ou deprimido(a)	0	1	2
217. É invulgarmente barulhento(a)	0	1	2
218. Consume drogas sem razões médicas (descreva)_____	0	1	2
219. Comete atos de vandalismo	0	1	2
220. Urina-se durante o dia	0	1	2
221. Urina na cama	0	1	2
222. Choramanga	0	1	2
223. Gostaria de ser do sexo oposto	0	1	2
224. Isola-se, não se envolve nem estabelece relações com os outros	0	1	2
225. É preocupado(a)	0	1	2
226. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido referidos:_____	0	1	2

Verifique por favor, se respondeu a todas as questões.

Grata pela colaboração!

APÊNDICE III

Pedido de autorização às Instituições

Exm^{o(a)} Sr^a. Diretor(a)

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Eugénia Maria Rainha Pereira, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a exercer funções no Centro de Saúde de Seia e Doutoranda em Psicologia na Universidade da Extremadura, vem por este meio, solicitar a colaboração da V/ Instituição, para a realização do estudo de investigação intitulado **“Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não institucionalizadas”**.

O estudo tem como finalidade caracterizar o universo de crianças em acolhimento institucional, com idades entre os 6 e os 12 anos (inclusive), analisar a prevalência das perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção, comparativamente com crianças não institucionalizadas e identificar estratégias para o acompanhamento mais adequado e eficaz destas crianças.

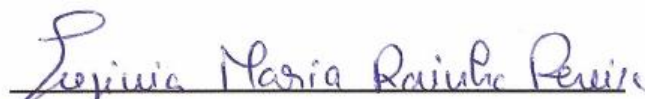
O questionário a aplicar é composto por duas partes: Parte I - questões de âmbito geral onde o papel dos profissionais de saúde é caracterizado pela Instituição; Parte II (inerente a cada criança, devendo ser preenchida pelo seu responsável) - constituída por questões sociodemográficas e questões referentes às perturbações do comportamento (aplicação do *Questionário de Comportamentos da Criança – Child Behavior Checklist Form for Ages 6 – 18*).

A confidencialidade dos dados a obter será sempre preservada, mantendo o garantido anonimato.

Mais informo que estou ao dispor para qualquer esclarecimento através do contacto telefónico 966957278 ou via e-mail: eugeniarainha@sapo.pt

Agradecemos a V/ especial colaboração e disponibilidade.

03 de abril de 2014



(Eugénia Maria Rainha Pereira)

APÊNDICE IV

Pedido de autorização e resposta da DGE (Escolas)

Assunto: **Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de entidade.**

Data: 15:11:19 WEST

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Para: eugeniaraíha@sapo.pt

Exmo(a)s.Sr(a)s.

O registo da entidade "Eugénia Maria Rainha Pereira" efectuado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) foi aprovado.

Para aceder à área de acesso restrito neste sistema utilize os seguintes dados de acesso:

- Utilizador: [REDACTED]
- Palavra-chave: [REDACTED]

Os dados de acesso constantes neste e-mail servem como identificador da sua entidade perante este sistema, e permite-lhe aceder a um conjunto de funcionalidades tais como consultar e/ou editar os dados da entidade, registar novos inquéritos e consultar e/ou editar os inquéritos registados pela sua entidade.

Assunto: **Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0436800001**

Data: 12:49:20 WEST

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt

Para: eugeniarainha@sapo.pt

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0436800001, com a designação *Questionário de Comportamentos da Criança - CBCL 6-18*, registado em 28-04-2014, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Eugénia Maria Rainha Pereira

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso
Diretor de Serviços de Projetos Educativos
DGE

Observações:

- a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público Guilherme Correia de Carvalho a contactar para a sua realização. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções das Escolas/Agrupamentos que autorizem a realização do estudo.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.