
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

2000/2002

TESE DE MESTRADO


Abandono Psicológico: Estudo Exploratório
Um Contributo dos Profissionais dos Centros de
Acolhimento Temporário de Menores em Risco

Isabel Maria Palma Esteves Rosinha Marçal - Nº 893

ORIENTADOR: Professor Doutor Eduardo Sá

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2004

	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Registo	15680
Data	04.04.05
Tel: 21 991 27 50 • Biblioteca	

Ao Professor Doutor Eduardo Sá pela orientação desta tese, pela tranquilidade com que nos estimula a pensar clínica e criativamente, mobilizando saberes e emoções.

Aos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco que participaram nesta investigação e que tornaram possível a sua concretização.

Aos meus colegas de trabalho que, directa ou indirectamente, acompanharam o percurso desta investigação, designadamente à Anabela Soares por toda a compreensão, à Eugénia Rodrigues pela escuta amiga, à Teresa Filipe pela disponibilidade constante e à Ana Cecília pelo apoio estatístico.

Às minhas queridas amigas Eunice Martins e Patrícia Silva pela sua preciosa amizade, por todo o apoio, pelas críticas e pelas sugestões a esta investigação.

À minha mãe pelo seu apoio incondicional e por ter sempre acreditado docemente na concretização deste trabalho.

Ao Paulo, pela paciência, pela confiança, pelo incentivo, pelo amor e ... por tudo.

Ao meu pai, eternamente presente.

RESUMO

Com a presente investigação pretendemos aceder à compreensão das consequências psicológicas do abandono e do acolhimento temporário das crianças, com o objectivo de realizarmos um estudo exploratório sobre o *Abandono Psicológico*.

Na revisão bibliográfica, atendendo ao facto de que a problemática do *Abandono* se relaciona com as questões ligadas à formação, insuficiência e/ou rompimento de Vínculos Afectivos e aos maus-tratos infantis, procuramos explorar teoricamente esses conceitos, pelo que a fundamentação teórica assenta em diversas reflexões acerca desses aspectos, antecidos de um enquadramento da criança e da família ao longo da história e do enquadramento jurídico até à actualidade.

A metodologia apresentada é a de utilização de um Questionário, que construímos e aplicámos numa amostra aleatória, constituída por cinquenta profissionais que exercem funções em Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco. Através da sua aplicação, procuramos conhecer quais os sinais psicológicos consensualmente aceites pelos profissionais como de sofrimento psicológico das crianças acolhidas.

Paralelamente, procurámos também saber quais as percepções dos profissionais sobre o seu papel para a organização afectiva das crianças acolhidas e sobre o actual sistema de acolhimento temporário.

Verificamos que os profissionais identificam de forma consensual alguns sinais de sofrimento psicológico nas crianças acolhidas temporariamente, corroborando em muitos aspectos, as teorias apresentadas por diferentes autores.

Conclui-se da necessidade dos técnicos dos centros de acolhimento temporário terem uma formação específica na área das crianças em risco, necessária para detectar e corrigir os tipos de afecto que estas crianças podem vir a apresentar (segundo a teoria de Guex) e da necessidade das crianças acolhidas temporariamente serem o mais rapidamente entregues às suas “famílias de adopção”, de forma a receberem a constância do amor necessária ao seu desenvolvimento.

Com base nos estudos de Guex, ao reconhecer em adultos sinais abandonónicos da infância, é lícito inferir, com grande grau de possibilidade e de probabilidade, que muitas crianças apresentam sinais de mal-estar que podem ser considerados precursores de sintomas abandonónicos.

Palavras-chave: vínculos afectivos, maus-tratos infantis, abandono psicológico, acolhimento temporário.

ERRATA

- Na página 5, 1º parágrafo, 4ª linha, 39ª e 40ª palavras, onde se lê “a uma”, leia-se apenas “a”.
- Na página 13, 2º parágrafo, 5ª linha, 63º e 64º palavras, onde se lê “ou dos”, leia-se apenas “dos”.
- Na página 24, 4º parágrafo, 5ª linha, onde se lê “com os níveis”, leia-se “com os maiores níveis”.
- Na página 112, 13ª linha, onde se lê “nu”, leia-se “num”.
- Na página 132, 3º parágrafo, 6ª linha, onde se lê “percepcionadas das crianças, percepcionadas pelos profissionais”, leia-se “das crianças, percepcionadas pelos profissionais”.
- Na página 151, 2º parágrafo, entre a 3ª e 5ª linhas, onde se lê “as crianças acolhidas sejam agressivas se sintam diminuídas durante o acolhimento, se isolem durante o acolhimento, com os adultos e com as outras crianças”, leia-se “as crianças acolhidas sejam agressivas com os adultos e com as outras crianças, se sintam diminuídas Na página 159, último parágrafo, onde se lê “Supomos que este resultado se deverá à diversidade de experiências”, leia-se “Supomos que este resultado se deverá à diversidade de experiências locais”.
- durante o acolhimento, se isolem durante o acolhimento”.
- Na página 161, último parágrafo, 1ª linha, onde se lê “é a prevenir”, leia-se “é a prevenção”.

ÍNDICE

Introdução	2
Revisão da Literatura	8
A Criança e a Família ao longo da História	8
Civilizações Antigas	8
Idade Média	9
O Nascimento do Sentimento de Infância	12
Século das Luzes	13
A Família Contemporânea	13
Investigações	15
A Criança e os Maus-tratos ao longo da História	17
Aspectos Epidemiológicos	21
A Criança nos Textos Legais	26
Evolução da Legislação ao longo da História	26
O Interesse Superior da Criança	31
Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo	37
Medidas de Promoção e Protecção em Regime de	
Colocação: Acolhimento Institucional de Curta Duração....	46
Perspectivas sobre a Formação de Vínculos Afectivos	52
Abordagem Etológica da Vinculação	53
Teoria de John Bowlby	56
Contributos de Mary Ainsworth para a Teoria da Vinculação.....	58
Teorias Psicanalíticas das Relações Objectais	60
Abandono Psicológico/ Crianças em Risco	68

Perspectivas sobre a Insuficiência ou Rompimento de Vínculos Afectivos.....	71
Perspectivas sobre os Maus-tratos Infantis.....	76
Definição e Classificação	76
Etiologia do maus-tratos infantis	86
Perspectivas sobre as Consequências Psicológicas/Traumáticas	95
Descrição clínica/ sintomatologia do abandono: A perspectiva de Guex.....	112
Método	128
Amostra	128
Delineamento do Estudo	130
Objectivo e objecto do estudo	130
Tipo de Estudo	131
Instrumento	132
Procedimento	138
Apresentação e discussão dos Resultados	140
Conclusão	160
Referências Bibliográficas	163
Anexos	
Anexo A: Guião do Questionário	171
Anexo B: Análise Estatística	188

Lista de Quadros

QUADRO 1: Evolução da criança e da família ao longo da história	49
QUADRO 2: Algumas contribuições para o estudo dos maus-tratos infantis ao longo da história	50
QUADRO 3: Algumas contribuições sobre os aspectos epidemiológicos dos maus-tratos infantis.....	50
QUADRO 4: Evolução da legislação ao longo da história	51
QUADRO 5: Algumas conceptualizações acerca da vinculação	121
QUADRO 6: Algumas contribuições sobre a insuficiência e o rompimento de vínculos afectivos	122
QUADRO 7: Algumas contribuições para a definição dos maus-tratos infantis....	122
QUADRO 8: Algumas contribuições para a classificação dos maus-tratos infantis.....	123
QUADRO 9: Etiologia dos maus-tratos infantis	125
QUADRO 10: Consequências psicológicas da insuficiência e do rompimento de vínculos afectivos	126
QUADRO 11: Consequências psicológicas dos maus-tratos infantis	127
QUADRO 12: Sintomatologia do abandono	127
QUADRO 13: Caracterização da amostra	129
QUADRO 14: Primeira parte do Questionário: <i>O olhar sobre as crianças</i>	133
QUADRO 15: Segunda parte do Questionário: <i>O olhar sobre os profissionais</i>	136
QUADRO 16: Terceira parte do Questionário: <i>O olhar sobre o sistema</i>	137
QUADRO 17: Dimensões relativas à Primeira parte do Questionário: <i>O olhar sobre as crianças</i>	143
QUADRO 18: Itens ordenados por dimensões	144

QUADRO 19: Resultados significativos obtidos na Primeira parte do Questionário: <i>O olhar sobre as crianças</i>	146
QUADRO 20: Dimensões relativas à Segunda parte do Questionário: <i>O olhar sobre os profissionais</i>	153
QUADRO 21: Itens ordenados por dimensões	153
QUADRO 22: Resultados significativos obtidos na Segunda parte do Questionário: <i>O olhar sobre os profissionais</i>	158
QUADRO 23: Dimensões relativas à Terceira parte do Questionário: <i>O olhar sobre o sistema</i>	158
QUADRO 24: Itens ordenados por dimensões	158
QUADRO 25: Resultados significativos obtidos Terceira parte do Questionário: <i>O olhar sobre o sistema</i>	159

Lista de Figuras

FIGURA 1: Modas, respectivas percentagens e medianas relativos à primeira parte do Questionário <i>O olhar sobre as crianças</i>	141
FIGURA 1a: Modas, respectivas percentagens e medianas relativos à primeira parte do Questionário <i>O olhar sobre as crianças</i>	142
FIGURA 2: Modas, respectivas percentagens e medianas relativos à segunda parte do Questionário: <i>O olhar sobre os profissionais</i>	152
FIGURA 3: Modas, respectivas percentagens e medianas relativos à terceira parte do Questionário: <i>O olhar sobre o sistema</i>	157

INTRODUÇÃO

Perceber é um extraordinário estado mental: perceber tudo o que vos rodeia, as árvores, o pássaro que canta, o Sol atrás de vós; perceber os rostos, os sorrisos; perceber a lama da estrada; perceber a beleza da paisagem, da palmeira delineada sobre o fundo rubro do poente, das águas crespas- perceber, tão-só, sem escolha.

(Krishnamurti, 1980, p. 77)

As investigações demonstram que a primeira infância é, simultaneamente, a fase mais crítica e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança e que é nos primeiros anos de vida que se estabelecem os alicerces da vida psíquica, essenciais ao desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Brazelton, T., Greenspan, S., 2002).

Todas as fases do desenvolvimento têm necessidades próprias. Deseja-se que os pais tornem possível a construção e a manutenção de relações estáveis, dando segurança através da constância dos investimentos ao longo do tempo, da intensidade e da qualidade do afecto e prestando os cuidados adequados a cada idade.

A organização familiar e a “qualidade suficientemente boa” dos cuidados prestados à criança vão influenciar os seus modelos de identificação e estão na base da *continuidade de ser*, preconizada por Winnicott.

Para que as coisas corram bem, D. Meltzer entende que a família deve desempenhar quatro funções fundamentais. São elas: gerar o amor, promover a

esperança, conter o sofrimento mental e ensinar a pensar (Seabra Diniz, 1993, p. 24).

Há, no entanto famílias que, por razões diversas, privam os filhos dos cuidados necessários e adequados, expondo-as frequentemente a situações repetidas de sofrimento, que delapidam os seus recursos de saúde, sem que haja quaisquer perspectivas continuadas de reparação (Sá, E., 2002).

O processo de desenvolvimento, além de nunca ser linear e único, envolve riscos e desajustamentos que nem sempre a prevenção primária e secundária pode evitar. Nestes casos, há que tentar efectivar esses direitos através de uma intervenção que procure superar esses desajustamentos e viabilizar uma recuperação (Leandro, A., 1995).

Os diferentes sistemas jurídicos acolhem os princípios da Declaração dos Direitos da Criança, que prevêem sistemas de protecção administrativa e judiciária do menor, que passou a ser um verdadeiro sujeito de direitos. A criança é hoje alvo de atenções de cariz preventivo que estão inseridas numa lógica de promoção de desenvolvimento integrado, em que a acção abarca os vários sistemas e ecossistemas (Brofenbrenner, 1979 cit. por Fernandes, 2000).

De acordo com o Quinto Relatório da série *Report Card*, preparado em Setembro de 2003 pelo Centro de Investigação da UNICEF, acerca da situação mundial dos maus-tratos, existem entre todos os países inconsistências nas classificações, falhas de definições e de metodologias de investigação comuns, o que significa que existe uma comparação internacional pequena. O mesmo se passará em termos nacionais.

Quando uma criança ou um jovem se encontra em perigo, significa que a sua situação ou o seu estado estão desadequados face ao estágio de desenvolvimento em que se encontra. Assim, será necessário restabelecer a coerência e o equilíbrio, protegendo-o. Poderá tornar-se necessária a adopção de medidas, a nível legal, que protejam a criança ou o adolescente em perigo, tendo em vista o seu interesse superior e o seu bem-estar integral. Uma das medidas de promoção e protecção possíveis é o acolhimento em instituição, podendo este, de acordo o artigo 50º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro), ser de curta duração (tem lugar em casa de acolhimento por prazo não superior a seis meses) ou prolongado (tem lugar em lar de infância e juventude quando se justifica um acolhimento com duração superior a seis meses).

Neste estudo, interessamo-nos pelo acolhimento temporário (de curta duração) das crianças com idades compreendidas entre os zero e os doze anos, legalmente previsto como tendo uma duração máxima de seis meses.

Ao nos debruçarmos sobre a bibliografia existente sobre os maus-tratos psicológicos, verificamos uma lacuna ao nível da existência de tipologias que permitam caracterizar, com base em estudos específicos, as diferentes formas de maus-tratos. Encontramos, porém, estudos empíricos importantes. Esta escassez de trabalhos de investigação nesta área, pensamos estar relacionada com a dificuldade de avaliação objectiva deste tipo de mau trato e não com a pertinência do estudo.

Existem critérios dispersos do ponto de vista da avaliação social, jurídica, psicológica, no entanto e face à necessidade de intervenção interdisciplinar cada vez mais necessária, não seria conveniente que as equipas de trabalho adoptassem critérios teóricos comuns de partida? Parece-nos importante tentar contribuir nesse sentido.

Bowlby (1982), a propósito das questões cruciais que se referem aos cuidados com a criança, refere que, entre os psicanalistas e aqueles que são por eles influenciados, todos reconhecem a importância vital de uma relação estável e permanente com a uma mãe (ou mãe-substituta) durante toda a infância.

Tendo em conta este pressuposto teórico, constituirá o acolhimento temporário uma medida de protecção reparadora do abandono psicológico?

Com a presente investigação, procuramos aceder à compreensão das consequências psicológicas do abandono e do acolhimento temporário das crianças, com o objectivo de realizarmos um estudo exploratório sobre o *Abandono Psicológico*, tendo por base as teorias de vários autores, nomeadamente a teoria de Guex (1950) e de Bowlby (1982), e os contributos recolhidos junto dos profissionais de Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco, junto dos quais procuramos conhecer quais os sinais psicológicos consensualmente aceites como de sofrimento psicológico das crianças acolhidas temporariamente.

Ao utilizarmos o termo *Abandono Psicológico* referir-mo-nos a um termo lato, encarado numa vertente interna ou psíquica, que é a do afecto, onde procurámos englobar as insuficiências, os rompimentos afectivos e os maus-tratos psicológicos.

Assim, iniciamos este trabalho revisitando a história.

As crianças e as relações que envolvem a sua vida, nem sempre receberam a importância, o significado e os cuidados que hoje lhes são atribuídos, pelo que o lugar que ocupam na sociedade e na família se alterou ao longo dos tempos. O mesmo sucedeu em relação ao enquadramento legal das crianças. Assim, a primeira parte do nosso trabalho consiste num enquadramento histórico e legal da criança.

Continuamos este trabalho revendo as teorias.

Procuramos compreender como se processa a formação dos vínculos afectivos e qual a sua importância para o desenvolvimento global da criança, seguindo-se a abordagem das perspectivas sobre a insuficiência e o rompimento dos vínculos afectivos e sobre os maus-tratos infantis, onde incluímos o conceito de abandono psicológico. Depois, referimo-nos às consequências psicológicas/ traumáticas das falhas inerentes a esses movimentos e, finalmente, abordamos a descrição clínica/ sintomatologia do abandono.

Seguidamente, explicitamos a metodologia adoptada.

Procuramos, através do contributo dos profissionais de Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco, conhecer quais são os sinais psicológicos consensualmente aceites entre eles como de sofrimento psicológico das crianças acolhidas temporariamente. Paralelamente, procuramos também saber quais as percepções dos profissionais sobre o seu papel para a organização afectiva das crianças acolhidas e também sobre o actual sistema de acolhimento temporário. Para isso, recorremos a um Questionário, que construímos e aplicámos numa amostra aleatória de cinquenta profissionais de centros de acolhimento temporário.

Posteriormente, apresentamos os resultados obtidos a partir da análise estatística.

Verificamos que os profissionais identificam de forma consensual alguns sinais psicológicos de sofrimento nas crianças acolhidas temporariamente, corroborando em muitos aspectos, as teorias apresentadas por diferentes autores.

Conclui-se da necessidade dos técnicos dos centros de acolhimento temporário terem uma formação específica na área das crianças em risco (para detectar e corrigir

os tipos de afecto que estas crianças podem vir a apresentar: *tipo negativo- agressivo* e *tipo negativo-amante*, retomando a teoria de Guex) e da necessidade das crianças acolhidas temporariamente serem o mais rapidamente entregues às suas “famílias de adopção”, de forma a receberem a constância do amor necessária ao seu desenvolvimento.

Com base nos estudos de Guex, ao reconhecer em adultos sinais abandonicos da infância, é lícito inferir com grande grau de possibilidade e de probabilidade que muitas crianças apresentam sinais de mal-estar que podem ser consideradas precursores de sintomas abandonicos.

REVISÃO DA LITERATURA

“(...) Crescer é ser-se como um rio em que os pais serão as margens; se elas se tornarem apertadas, transbordará; se não as tiver, pode crescer em todas as direcções e, sendo assim, ser tudo é ser coisa nenhuma (...)”

(Sá, E., 1993, p. 88)

A Criança e a Família ao longo da História

O conceito de infância é um conceito histórico, que não existiu desde sempre nem da mesma forma e que é indissociável da noção de vida privada. O sentimento de infância, expressão particular do sentimento de família, tem o seu início no século XIII, emergindo com maior intensidade a partir dos séculos XVI e XVII (Ariès, 1988).

Ariès (1988) reflecte sobre o lugar ocupado pela criança e pela família nas sociedades tradicionais e nas sociedades industriais.

Civilizações Antigas

Nas civilizações antigas, durante vários séculos, não havia lugar para a criança e não existia um enquadramento legal que protegesse as crianças, que tinham escassos direitos. O direito exercia-se na defesa dos adultos.

Na Índia, a família era um grupo religioso chefiado pelo pai. Assentava no poder paternal e na autoridade do marido sobre a mulher e os filhos. Aquele desempenhava funções judiciárias e o seu poder exprimia-se pelo direito total de julgar e punir.

Na Babilónia, a família era igualmente assente no poder paternal, sendo o pai o chefe do clã ou da tribo e o chefe de família.

Na antiga Mesopotâmia, o casamento assentava no objectivo da procriação e no assegurar ao chefe de família um herdeiro masculino. O homem detinha a autoridade sobre a família e à mulher competia conceber e criar os filhos até à idade do desmame, por volta dos três anos. A partir dessa idade, a educação ficava a cargo do pai.

No Egipto, a procriação fazia parte dos dons divinos e a garantia da descendência era um dos objectivos da constituição da família. A criança estava no centro das preocupações morais. Ao pai cabia a tarefa de transmitir a sua experiência ao filho.

Na antiga Grécia (por volta de 2450 a.C.) era dada mais importância à comunidade e às relações de aliança do que à família. A família tinha uma importância política, sendo uma etapa necessária para a agregação de um indivíduo na cidade. O infanticídio era considerado como uma precaução legítima contra a fome, sendo uma prática autorizada e tolerada (Salgueiro, 1991).

Em Roma (século II a.C. a II d.C.) o pai detinha o direito ilimitado sobre a vida ou a morte dos filhos, especialmente sobre os filhos disformes e débeis, excepto o primogénito, que mandava afogar ou castigava corporalmente (Rousselle, 1996). A religião fazia da criança um ser diabólico, com pecados e dotado de forças obscuras que suscitavam desconfiança.

Idade Média

Na idade média a criança continua a ser considerada como propriedade dos pais. A antiga sociedade tradicional tinha dificuldades em conceber a criança e o

adolescente. Ariès (1988) defende, como primeira tese, a ausência do sentimento da infância na Idade Média.

Na Europa Ocidental, até ao século XII, o sentimento de infância não existia, o que significa que não existia a consciência da especificidade infantil. A infância era apenas um tempo de transição que passava depressa. Quando deixava de ser enfaixada, a criança passava a vestir-se como os adultos.

Entre os séculos XIII e XVII, a criança era encarada como um símbolo do mal e da imperfeição e é, muitas vezes, rejeitada e abandonada pela família. Os pais tinham o poder de colocar o direito da existência dos filhos à prova, fazendo-os passar por duras provas de resistência, muitas vezes espancando-os e molestado-os física e psicologicamente. O pai podia matar o filho sem correr grandes riscos.

O abandono tornava-se, muitas vezes, a única solução legal para a mãe se separar de um filho ilegítimo, não aceite pelo pai ou pelo meio.

O infanticídio era praticado em segredo, como forma de controlo demográfico ou como solução para a ilegitimidade, a malformação e a miséria. Durante a Alta Idade Média, a Igreja recorreu a sanções para controlar o infanticídio (Flanchin, 1979 cit por Motta, 2001).

A rejeição da criança era frequentemente manifestada pela recusa da mãe em amamentá-la (Badinter, s.d.). As crianças eram mandadas para longe dos pais para serem criadas por amas de leite e os pais preocupavam-se muito pouco com os filhos distantes. A entrega às amas seria considerada uma conduta de abandono ou mesmo um infanticídio disfarçado (Badinter, s.d.). Quando a criança regressava a casa dos pais vinha muitas vezes gravemente doente, uma vez que as amas de leite não tratavam convenientemente das crianças, alimentando-as mal e enfaixando-as devido à moleza do seu corpo e para que crescessem direitas e bem formadas.

A criança que sobrevivia transformava-se rapidamente num pequeno adulto, passando directamente de criança muito pequena a adulto jovem. Logo que

começava a desenvolver-se fisicamente, misturava-se no mundo dos adultos, aprendia a viver no contacto directo com eles, partilhando as suas tarefas e divertimentos. A socialização da criança não era assegurada nem controlada pela família. A educação era assegurada pelo aprendizado, isto é, aprendia-se as coisas ajudando os adultos a fazê-las.

Havia uma indeterminação das idades que se estendia a todas as actividades sociais: divertimento, ofícios, armas. A criança era criada junto com o adulto, vivendo e aprendendo ao longo das actividades diárias.

A duração da infância resumia-se ao período de maior fragilidade física da criança. Durante os primeiros anos de vida manifestava-se um sentimento superficial da criança que Ariès (1988) denominou de sentimento da «criança-brinquedo», em que os adultos brincavam com ela por ser pequena e engraçada, não sendo dada, regra geral, grande importância, por exemplo, à morte de uma criança, uma vez que essa seria substituída por outra. Por isso se dizia que a criança permanecia numa espécie de anonimato. Ultrapassado aquele período, muitas vezes a criança ia viver para longe da família. Aquela sensação de infância despertou inicialmente a favor dos rapazes e as raparigas continuavam submetidas a um modo de vida tradicional que as confundia com os adultos.

Na arte, representava-se especialmente a infância pela sua graça ou pelo seu pitoresco. Os retratos das crianças vão representando a evolução das formas de encarar a infância de acordo com cada época.

A família não tinha uma função afectiva. O amor podia existir, mas não era indispensável à existência, nem ao equilíbrio da família. As antigas funções familiares eram a conservação dos bens, a prática de um ofício, a entreejuda quotidiana e, em momentos de crise, a protecção da honra e das vidas, tendo em vista a sobrevivência.

Nas comunidades tradicionais, as trocas afectivas e os intercâmbios sociais efectuavam-se fora da família, propensão a que os historiadores franceses dão o nome de sociabilidade. A família distinguia-se com pouca clareza de um espaço social caloroso.

O Nascimento do Sentimento de Infância

Com o aparecimento da escola, a partir do fim do século XVII, a criança ganha um novo lugar na família e na sociedade. Surge o início de um sentimento sério e autêntico de infância e o apego à criança já não se exprime pelo divertimento com as suas «tontices». Os adultos alteram a sua concepção sobre a criança, a quem passa a ser atribuída, pela primeira vez, uma especificidade e uma originalidade psicológica. A família começa a organizar-se em torno da criança, a quem começa a ser dada uma importância que a faz sair do anonimato. Começa a ser considerado conveniente limitar o número de filhos para melhor cuidar deles e começa a ser observável a redução dos nascimentos.

As funções familiares deixam de se centrar na honra e na fortuna e a família passa a ser um lugar de afecto, alteração que se exprime, sobretudo, através da importância que passa a ser dada à educação. A criança deixa de se misturar com os adultos e passa a ir à escola, a qual passa a ser o instrumento normal de iniciação social, de passagem de condição de criança à de adulto. Inicia-se um longo processo de enclausuramento das crianças, ficando estas isoladas na escola ou no colégio, sujeitas a uma disciplina, antes de serem “lançadas ao mundo”. Segundo Badinter (s.d.), esta é uma forma moralmente aceite dos pais se desembaraçarem dos filhos, tal como acontece com as raparigas no caso dos conventos.

Século das Luzes

No século XVIII, com a Filosofia e os princípios das Luzes (Igualdade, Felicidade e Amor), as necessidades e os cuidados a ter com as crianças passam a ser cada vez mais importantes na sociedade.

Só a partir do século XVIII, a família começa a distanciar-se da sociedade, deixando-a fora de uma zona de vida privada. A família deixa de assegurar apenas a transmissão de bens e do nome, para assumir uma função moral e espiritual. Passa-se do casamento por conveniência para o casamento por amor. Os pais passam a ser cada vez mais responsáveis pela felicidade ou dos filhos. A vida doméstica ganha um espaço privado que vai desenvolver o sentimento da família, a intimidade entre os casais e o sentimento entre mãe e filho. Instala-se, definitivamente, a noção de infância, sendo a criança considerada um ser precioso e insubstituível, distinta dos jovens e dos adultos.

A família transforma-se lenta, mas decisivamente em torno de duas ideias: afeição e privacidade. No entanto, esta nova maneira de olhar a criança desponta primeiramente em meios particularmente favorecidos da burguesia urbana (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001).

Começa a operar-se uma revolução das mentalidades, uma vez que há uma transformação radical na importância que ganha o papel materno.

A Família Contemporânea

Com a I Guerra Mundial, a mulher foi obrigada a assegurar o papel do homem que ia para a guerra, tornando-se independente através de uma actividade profissional, alterando o tipo de relação que tinha com o homem (Correia, 1998).

A evolução da família medieval para a família do século XVII e para a família moderna, no sentido de uma maior intimidade, limitou-se, por muito tempo, aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos (Shorter, 1975). No início do século XIX, grande parte da população mais pobre, vivia ainda como as famílias medievais (Ariès, 1988).

Ainda nesse século e no início do século XX, a operária ou a mulher do pequeno artesão, necessitam mandar os filhos para o campo, para poderem dedicar-se ao trabalho (Badinter, s.d.). Nesta época a exploração do trabalho infantil era uma constante. Muitas crianças representavam a possibilidade de rendimentos que completavam o salário dos pais.

Um factor essencial para uma melhoria nos cuidados maternos foi a melhoria das condições materiais. Outros progressos surgiram, tais como os progressos ao nível da saúde da criança e o encontro de formas de acolhimento fora do meio familiar. No século XIX a vida social polariza-se em torno da família e da profissão, desaparecendo a antiga sociabilidade. A sociedade encarregou-se de cuidar das crianças, nomeadamente através da criação de creches.

A teoria psicanalítica torna a mãe como figura central da família, com atribuição de um papel fundamental à amamentação no desenvolvimento da criança.

Só no século XIX é superada a lacuna no que se refere à designação da criança durante os primeiros meses, quando se vai buscar ao inglês a palavra *baby*, que designava nos séculos XVI e XVII as crianças em idade escolar. Persiste, no entanto, a ambiguidade entre a infância e a adolescência. A noção de adolescência levará muito tempo a formar-se.

Tudo se passa como se a cada época correspondesse uma idade privilegiada e uma periodização específica da vida humana: a «juventude» é a idade privilegiada do século XVIII, a infância a do século XIX, a adolescência a do século XX. Estas

variações de século para século dependem do equilíbrio demográfico. (...) exprimem a reacção da sociedade perante a duração da vida (Ariès, 1988, p.57).

Na opinião de Segalen (1999, cit. por Ferreira, F., 2001), actualmente o nascimento de um filho é objecto de um forte investimento afectivo, geralmente fruto de um projecto do casal, estando a responsabilidade parental a cargo dos pais, quer no campo afectivo, quer no campo educativo. Parece estar a surgir uma nova concepção, “o amor paternal” (Badinter, s.d., p.361), à semelhança do amor de mãe.

A primeira infância é actualmente encarada como um período de aprendizagens, de desenvolvimento de capacidades sensoriais, motoras, afectivas e sociais. A família é encarada como matriz do desenvolvimento da personalidade da criança.

O projecto da infância moderna traz portanto consigo uma norma, isto é, a representação do que deve ser uma infância “normal e desejável”, e um ideal do que se entende por “bem-estar infantil”. É assim em relação a esta norma implícita que se podem reconhecer socialmente, nas suas margens, as situações da “criança em risco”, em “estado de sofrimento” ou mesmo da “criança maltratada” (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001, p. 22).

Investigações

No século XX houve um grande avanço nas pesquisas ligadas à psicologia infantil na busca de detectar as necessidades efectivas das crianças e o papel que o professor deveria assumir diante da educação. Os estudiosos voltaram-se para o conhecimento dos aspectos cognitivos do desenvolvimento, da evolução da linguagem e da interferência dos primeiros anos de vida, no desempenho académico posterior.

O apego é um relacionamento activo, afectuoso, recíproco, singular, específico e persistente entre duas pessoas. Ele ocorre em quase todos os animais.

Os trabalhos de Harlow, Hinde e Lorenz demonstraram que o fenómeno primário da vinculação não é característico da espécie humana, existindo também na primeira infância de numerosos mamíferos e de certas aves (Cruz, A., org, s.d.).

Freud (1905) salientou a importância das primeiras relações criança/mãe, colocando a mãe, enquanto primeiro objecto de amor, como o protótipo de todas as relações de amor (Oliveira, 2000). Os estudos sobre bebés desenvolveram-se a partir das contribuições de John Bowlby, Rene Spitz, Margareth Mahler, D. W. Winnicott, T. Brazelton, entre outros.

Os primeiros estudos sobre a relação entre mãe e filho, foram baseados em observações nas quais Rene Spitz estudou o comportamento de crianças separadas dos pais em instituições, descrevendo a patologia resultante da falta dos cuidados maternos.

John Bowlby (1958) enfatizou a competência inata do recém-nascido para entrar em comunicação social com a pessoa que cuida dele. Considerava a sucção, o chorar, o agarrar, o chorar e o sorrir modalidades básicas e inatas de interacção e apego à mãe (Brazelton & Cramer, 1992).

D. W. Winnicott enfatizou que tudo o que ocorre entre a mãe e a criança interfere no desenvolvimento infantil. Defendeu o estudo da interacção mãe – bebé, considerando que a mãe deve proporcionar um ambiente suficientemente bom, demonstrando disponibilidade para a criança e possibilitando-lhe um espaço relacional, potenciador da auto-exploração e da autonomia.

Relativamente à questão da Vinculação, esta será desenvolvida mais adiante.

A Criança e os Maus-tratos ao longo da Histórica

A história da criança maltratada remonta à Antiguidade, sendo uma realidade desde sempre, que persiste ao longo dos séculos. Até aos anos 50, a sociedade moderna recusou-se a considerar a presença e gravidade dos maus-tratos infantis, muito embora evidências históricas indiquem a sua ocorrência desde o início da civilização (Ariès, 1986, cit. por Figueiredo, 1998). Canha (2000), refere que se pode considerar o infanticídio como o primeiro estágio numa escala de violência exercida sobre a criança, a que se seguiram e associaram e outros tipos de maus-tratos, como a escravatura, o trabalho infantil, a mendicância e a negligência.

Constata-se que, ao longo da história, houve uma evolução no reconhecimento de diferentes formas de maltratar. O papel dos investigadores, como os que a seguir se descrevem, tornou-se essencial na identificação e na compreensão dos maus-tratos infantis.

Apesar de existir desde sempre, o mau trato só aparece referido nos finais do século XIX, tendo sido Ambroise Tardieu (1860), professor de Medicina Legal na Faculdade de Medicina de Paris, foi o autor que escreveu o primeiro artigo médico sobre os maus-tratos, onde descreveu, pela primeira vez, o “Síndrome das Crianças Batidas”. (Gallardo, 1994). Baseou-se em resultados de autópsias a um conjunto de crianças com menos de 5 anos de idade, vítimas de morte violenta, que sugerem terem sido os pais os respectivos agressores (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001).

A frequência dos maus tratos infantis foi aumentando a pouco e pouco, até que, em 1874, se deu um trágico acontecimento que fez reflectir a opinião pública de muitos países, o caso Mary Ellen:

“ uma menina de quatro anos, que vivia com os seus pais em Nova Iorque, era espancada constantemente e passava a maior parte do dia amarrada, com correntes,

aos pés da cama; perante estas evidências, os vizinhos denunciaram o caso. No entanto, como o mau trato infantil não era considerado delito, submeteu-se o caso à Sociedade Protectora dos Animais, insinuando-se ironicamente que esta criatura pertencia a este grau de escala zoológica. A menina foi separada dos pais.” (Marcovich, 1981 citado por Gallardo, 1994, p.20)

Com base neste caso, fundou-se em Nova Iorque, por Abraham Jacobi, a *Sociedade para a Prevenção da Violência para com a Criança* (Gallardo, G., 1993, p. 18), tentando chamar a atenção para os maus tratos às crianças pequenas.

John Caffey, radiologista pediatra, em 1946, publicou uma investigação, em que estudou hematomas subdurais e múltiplas fracturas ósseas em bebés, em diferentes estados de consolidação, que não tinham sido tratadas antes e se encontravam em diferentes estados de consolidação (Gallardo, 1994). *Nos artigos que então publicou aborda não só a “inespecificidade e dificuldade diagnostica dos sinais radiológicos da sífilis no esqueleto de crianças pequenas” (alguns dos quais viria a descobrir terem uma origem diferente), como defendeu a origem traumática da “associação de hematomas subdurais” com certas “fracturas múltiplas de ossos” (fruto de agressões intencionais)* (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001, p. 26).

Silverman, em 1953, despertou o interesse de autores para o estudo da chamada síndrome do traumatismo desconhecido, colocando a hipótese de serem os pais os responsáveis por múltiplas fracturas, negligência, descuido ou mesmo por agressão deliberada.

Wolley e Evans, em 1955, referem-se pela primeira vez à importância do meio em que a criança vive como causa das crises de violência e demonstraram que as lesões ósseas crónicas melhoravam com o afastamento da criança do seu ambiente familiar, não voltando a surgir (Canha, 2000).

O passo mais importante deu-se em 1962, num artigo publicado no “*Journal of American Medical Association*”, quando Henry Kempe – pediatra - descreve pela primeira vez, de forma completa, o “*Síndrome da Criança Batida*”, dando conta de um elevado número de crianças admitidas na sua unidade pediátrica com lesões não acidentais provocadas pelos pais (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962, cit. por Figueiredo, 1998). Kempe, define este termo como uma situação em que as crianças pequenas receberam agressões físicas graves, geralmente provocadas pelos pais ou seus substitutos. O artigo descreve os factores de risco, a fisiopatologia, as manifestações clínicas, os diferentes tipos de maus-tratos e reconhece a necessidade de uma equipa multidisciplinar para uma orientação correcta da criança e do seu afastamento temporário dos pais, tendo em vista a protecção da criança. Reconheceu ainda os riscos de recorrência e de morte.

Cerca de quinze anos mais tarde, Kempe fundou a pioneira *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, responsável pela edição regular de uma primeira revista da especialidade- *Child Abuse and Neglect. The International Journal* (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001).

Os maus-tratos infantis ligam-se definitivamente à pediatria e o interesse público iniciado nos Estados Unidos da América, espalha-se um pouco por todo o mundo, aumentando progressivamente a sensibilidade pública face às crianças.

Os resultados dos trabalhos de investigação que sucederam ao artigo de Kempe, vieram demonstrar e reforçar a importância da defesa e da protecção à infância nos seus múltiplos aspectos. No entanto, na opinião de Emery (1989, cit. por Figueiredo, 1998), Kempe centrou-se excessivamente na condição psicopatológica dos pais das crianças maltratadas, e teve enfoque demasiado clínico em termos de definição.

Em 1963, Fontana substituiu a designação de “*Criança Batida*” e introduz a denominação de “*Criança Maltratada*”, conceito mais amplo que o de Kempe, que engloba todo o tipo de violência infligida à criança, nomeadamente as manifestações

de privação emocional, afectiva e nutritiva, de negligência ou de agressão (Gallardo,1994).

Em 1969, D. Gil, define o mau trato como qualquer acto deliberado, por omissão ou negligência, originado por pessoas, instituições ou sociedades, que prive a criança dos seus direitos e liberdades ou que interfira com o seu desenvolvimento. Considera, assim, que o mau trato infantil não só se circunscreve ao ambiente familiar, como também pode ser causado por determinadas instituições ou pela própria sociedade.

As organizações internacionais sob o impulso, designadamente da ONU, têm contribuído para tornar esta problemática visível junto da opinião pública e para encorajar os Estados a adoptarem medidas de protecção das crianças e estratégias de prevenção de situações de risco.

Em 1946 foi fundada a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), com o objectivo genérico de melhorar a vida das crianças e lhes proporcionar bem-estar (cuidados de saúde, educação e nutrição).

“(...) O estudo pedopsiquiátrico e psiquiátrico das crianças batidas e dos pais maltratantes, incluindo o ponto de vista médico e psico-social; a observação da criança, dos pais e da família – só começou verdadeiramente a desenvolver-se nos anos 70. A psicologia clínica e a psicologia da saúde debruçaram-se sobre o problema, aprofundando o seu conhecimento. A psiquiatria e a pedopsiquiatria forenses, assim como a psicologia legal, estuda, com as ciências jurídicas, as questões de direito. E as ciências da educação e a sociologia ocupam-se também deste terreno de pesquisa.

Observou-se, então, que os maus-tratos não se restringiam às agressões físicas; abrangiam um muito mais amplo leque de situações - abusos sexuais, privações várias, incluindo a alimentar, negligência, carência afectiva, violência psicológica.

Abandonou-se progressivamente o conceito de criança batida e substituiu-se pelo de criança maltratada” (Matos, 1997, p. 38).

Em Portugal, o tema dos maus-tratos à criança ganhou visibilidade durante a década de 80, através do empenho da comunidade pediátrica, em colaboração interdisciplinar com outros profissionais. É após a comemoração do Ano Internacional da Criança, em 1979, que se começa a prestar uma séria atenção ao problema da violência contra as crianças, dentro e fora da família. A partir de então, estabeleceu-se uma concertação entre a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, o Centro de Estudos Judiciários (CEJ) e o Instituto de Apoio à Criança (Almeida, A., André, I. & Almeida, H., 2001).

Aspectos Epidemiológicos

Ao nível da incidência dos casos de maus-tratos, em virtude de uma grande número de casos ocorrer em meio familiar, verificam-se alguns constrangimentos na sua determinação. Em Portugal, são conhecidos alguns estudos, relativamente aos quais fazemos referência.

Assim, em 1986, Fausto Amaro publica no Centro de Estudos Judiciários, a primeira abordagem sociológica dos maus-tratos às crianças em Portugal. O estudo baseava-se numa amostra de freguesias representativas dos distritos do continente e procurava não só quantificar, como também caracterizar as situações dos maus-tratos, negligência, abuso sexual, mendicidade e acidentes sofridos pelas crianças (Almeida, André e Almeida, 1999). Concluiu existirem cerca de vinte mil crianças maltratadas e negligenciadas em 1985. Quanto aos tipos de mau trato encontrados, o

autor conclui existir uma distribuição semelhante à descrita para outros países, sendo que a negligência representava 48% do total dos casos, os maus-tratos psíquicos 31-36% e os maus-tratos físicos 16-21% (Almeida, André e Almeida, 2001).

Em 1999, um Relatório realizado sobre as “Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal” (cit. por Magalhães, 2002, p. 40), revelou que:

1- Relativamente à caracterização do contexto doméstico onde residem as crianças:

- a maioria vive em famílias nucleares (41%), sendo muito expressivo o peso das famílias monoparentais (25%) e o das famílias recompostas (15%);
- os adultos responsáveis pelas crianças distribuem-se por todos os níveis de escolaridade, contudo apenas 8% possui um grau de instrução superior ao primeiro ciclo do ensino básico;
- metade dos pais maltratantes vivem juntos, 32% estão separados ou nunca tiveram uma relação conjugal (12%).

2- Relativamente ao perfil da criança vítima de maus-tratos:

- a distribuição dos sexos é equitativa;
- os maus tratos afectam crianças de todas as idades, no entanto, 6% têm menos de um mês e 25% menos de um ano;
- cerca de 13% são crianças fruto de uma gravidez precoce;
- cerca de um terço das crianças falta sistematicamente à escola e um quarto chega sistematicamente atrasada; outro terço repetiu, pelo menos, um ano de escolaridade;
- metade das crianças ficam sozinhas em casa por longos períodos de tempo ou à guarda de irmãos menores;
- quase 60% das crianças não faz vigilância médica regular;
- 11% das crianças têm uma doença crónica, 8% uma deficiência e 10% uma doença mental.

3- Relativamente ao perfil do abusador:

- em 83% dos casos os abusadores co-residem com a criança;
- em cerca de 65% dos casos o abusador é a mãe ou o pai;
- 4% dos abusadores são portadores de alguma deficiência física, 10% de alguma deficiência mental, 13% são toxicodependentes, 45% são alcoólicos, 10% cometeram actos considerados como crime.

Verifica-se, através deste estudo, que o lar familiar é o lugar privilegiado da violência sobre as crianças, que as mães são responsáveis por mais maus-tratos aos filhos do que os pais, que mais de metade dos progenitores autores de maus-tratos constituem casais nucleares e que o filho mais novo, é o mais excessivamente maltratado.

Em 2002, o Relatório de Avaliação da Actividade a Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), publicado pela Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco, revela que no ano 2001 foram acompanhadas 10.123 crianças e jovens no âmbito dos processos instaurados pelas CPCJ.

Verifica-se que 27,2% dos casos corresponde a adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos, com problemáticas associadas de negligência e abandono escolar, acompanhadas da prática de condutas desviantes e de outras situações de perigo. Estas problemáticas repetem-se, quer no escalão etário dos 10 aos 12 anos, quer no dos 6 aos 9 anos (20,2%), à excepção da prática de condutas desviantes, que é nestes dois últimos escalões, substituída por maus tratos físicos e psíquicos. No que diz respeito às crianças com menos de 5 anos de idade (22, 1%), as problemáticas mais frequentes são o abandono, a negligência, os maus-tratos físicos e outras situações de perigo.

O quinto Relatório da série *Report Card*, preparado em Setembro de 2003 pelo Centro de Investigação da UNICEF, sobre mortes infantis devidas a maus-tratos nos países ricos, indica que nos 23 países industrializados do mundo cerca de 3500 crianças com menos de 15 anos morrem em cada ano devido a maus-tratos (físicos e negligência). O risco de morte devido a maus-tratos é de 24% nas crianças com menos de um ano de idade, de 31% nas crianças com idades entre um e quatro anos e de 45% nas crianças com idades entre os cinco e os catorze anos.

Entre os 23 países da OCDE, a Bélgica, a República Checa, a Hungria e a França apresentam níveis de mortes por maus-tratos, que são quatro a seis vezes mais altas do que a média dos restantes países. Por outro lado, os Estados-Unidos, México e Portugal têm médias entre dez a quinze vezes mais altas do que a média dos países principais.

Nos últimos cinco anos, Portugal apresenta anualmente 0.4% de mortes por 100.000 crianças devido a maus-tratos, em crianças com idades inferiores a quinze anos. Por outro lado, combinando a morte por maus-tratos com a “morte devido a causa indeterminada”, Portugal apresenta 3.7% de mortes por 100.000 crianças, sendo entre todos os outros países, o país que apresenta maior índice de mortes de crianças. Os Estados-Unidos apresentam 2.2% de mortes devido a maus-tratos e Espanha, Grécia, Itália, Irlanda e Noruega, parecem ter um baixo nível de incidência de mortes por maus-tratos.

O Relatório conclui que as mortes de crianças devido a maus-tratos estão aparentemente em declínio na grande maioria dos países industrializados. Os países com os mais baixos níveis de mortes de crianças por maus-tratos também têm os mais baixos níveis de morte de adultos por homicídios. À semelhança, as três nações com os níveis de mortes por maus-tratos, Estados-Unidos, México e Portugal, também têm maior taxa de morte nos adultos por homicídios. Relativamente às causas, a pobreza e o stress, juntamente com as drogas e o álcool, parecem ser os

factores precipitantes associados ao abuso e negligência das crianças. Nas famílias onde existe violência doméstica entre os adultos, é comum serem referidos maus-tratos às crianças. A percentagem de mortes por maus-tratos de acordo com a idade é de 24% nas crianças com menos de um ano, de 31% nas crianças entre um e quatro anos e 45% nas crianças entre os cinco e os catorze anos.

Relativamente às estratégias de prevenção dos maus-tratos, ainda que o Relatório não pretenda definir medidas para o combate para cada país, refere que existe um nível de consenso no debate entre os países industrializados que passa pela existência de linhas telefónicas de ajuda, por serviços de visitas domiciliárias, pelo aumentado da cobertura dos média, pela observação de grupos de risco, incluindo campanhas de combate a todas as formas de violência. Os países nórdicos tomaram a dianteira na promoção da cultura da não-violência, banindo a ideia de que a violência é normal, através de campanhas relacionadas com brinquedos e com programas de televisão violentos.

As inconsistências nas classificações, a falha de definições e de metodologias de investigação comuns significam que existe uma comparação internacional pequena e que a extensão de crianças maltratadas está certamente abaixo da representação das estatísticas. Os problemas das crianças precisam ser trazidos para primeiro plano diariamente em todos os países

Sete países, Áustria, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Islândia, Noruega e Suíça, adoptaram leis proibindo especificamente a punição física das crianças.

A Criança nos Textos Legais

A Evolução da Legislação ao longo da História

Até ao século XIX, não havia leis específicas dirigidas aos menores, uma vez que se partia do princípio de que as crianças eram propriedade privada dos pais., considerando-se normal a violência que exercessem sobre os filhos (Kempe & Kempe, 1978). A criança não era reconhecida como um sujeito de direito.

Apenas em 1874, em França, e cinco anos mais tarde, em Inglaterra, surge uma lei que protege as crianças de serem vendidas, abandonadas ou abusadas pelos pais (Aries, 1988).

Segundo Rodrigues (1986), o interesse da comunidade internacional pela problemática da protecção e defesa dos menores surge após a 1ª Guerra Mundial.

Relativamente ao interesse prestado ao longo da história à defesa das crianças, têm-se verificado desenvolvimentos legislativos de interesse, de que se destaca:

1911- Surge a primeira lei de protecção à infância;

1920- Surge em Genebra a União internacional de protecção à infância;

Até cerca de 1950- As preocupações sobre a protecção à infância são de ordem humanitária;

1959- Surge a Declaração dos direitos da criança. A abordagem dos problemas da infância evolui, estendendo-se à adolescência e à juventude. A protecção passa a ser influenciada por objectivos de ordem sócio-política (protecção da criança enquanto “cidadão do mundo”, chamada a dirigir os destinos da humanidade) e de ordem económica (protecção da criança pela importância do seu papel na economia).

1962- Foi publicada a Organização Tutelar de Menores - configurando medidas que se destinavam, indiscriminadamente, a menores em perigo e a menores agentes de crimes.

1978- Foi revista a Organização Tutelar de Menores (Decreto-Lei 314/78, de 27 de Outubro), que se manteve em vigor até final do ano 2000.

1979- Ano Internacional da Criança. A Assembleia Geral das Nações Unidas sugere a criação da Convenção sobre os direitos da criança, de forma a conferir um carácter obrigatório à Declaração dos Direitos da Criança.

1989- É aprovada a Convenção sobre os Direitos da Criança, pela Assembleia-geral das Nações Unidas.

1990- Foi ratificada na Assembleia da República a Convenção sobre os Direitos da Criança, em sintonia com a deliberação anterior da Assembleia-geral da Nações Unidas.

1991- Foram criadas em Portugal as Comissões de Protecção de Menores (DL 189/91 de 17 de Maio);

1999- As Comissões de Protecção de Menores foram reorganizadas em Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, de acordo com a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (DL N° 147/99 de 1 de Setembro).

2003- É aprovada a Lei n° 31/2003, que altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-lei n° 185/93, de 22 de Maio a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adopção.

A Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo (art. 1° da Convenção sobre os Direitos da Criança).

Esta definição coincide com o conceito de menor que consta no Código Civil português: "é menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade" (art. 122º do Código Civil).

A Declaração dos Direitos da Criança, aprovada pela ONU em 1959, continua a ser um ponto de referência importante. Entre os direitos reconhecidos à criança, quer a nível internacional, quer a nível nacional, conta-se o direito a viver e desenvolver-se no seio de uma família onde seja amada como filho. Transcrevemos alguns Princípios que se relacionam com a problemática em estudo.

De acordo com o Princípio nº 6 da Declaração Universal dos Direitos da Criança,

"A criança para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade precisa de amor e compreensão. Sempre que seja possível, deverá crescer sob o amparo e responsabilidade dos seus pais e, em qualquer caso, num ambiente de afecto e segurança moral e material, salvo circunstâncias excepcionais, a criança de tenra idade não deve ser separada da sua mãe. A sociedade e as autoridades públicas têm a obrigação de cuidar especialmente das crianças sem família ou que careçam de meios necessários de subsistência (...)"

De acordo com o Princípio nº 9 da Declaração Universal dos Direitos da Criança,

A Criança deve ser protegida contra toda a forma de negligência, crueldade e exploração. Não deve ser submetida a tráfico, qualquer que seja a sua forma. A Criança não deve ser admitida num emprego antes de ter atingido uma idade mínima apropriada; não deve, em caso algum, ser constrangida ou autorizada a

exercer uma ocupação ou um emprego que prejudique a sua saúde ou a sua educação, ou que entrave o seu desenvolvimento físico, mental ou moral.

Também a *Convenção das Nações Unidas sobre o Direito das Crianças*, assinada por Portugal em 1990, prevê no n.º 1 do artigo 19.º:

"Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada".

No actual Código Penal, os casos passíveis de configurarem situações de maus-tratos em crianças e jovens, estão previstos nos artigos 138.º, 152.º e 172.º a 176.º. Magalhães (2002), releva pela frequência da sua ocorrência, os artigos 152.º, 172.º e 174.º.

O artigo 152.º (*Maus tratos e infracção das regras de segurança*) refere-se aos maus tratos físicos e(ou) psíquicos, ao tratamento cruel, ao emprego em actividades perigosas, desumanas ou proibidas e à sobrecarga com trabalhos excessivos, sem que implique um dolo específico e tendo maior relevância se a vítima for criança ou jovem. Encontra-se, pois, aqui prevista a situação de maus tratos físicos ou psíquicos, cometidos pelos representantes legais das crianças e(ou) jovens, entidades patronais, directores de centros de acolhimento, lares, colégios, instituições particulares de solidariedade social, etc. Este crime pode concorrer com os crimes contra a integridade física (artigos 143.º e 144.º).

No artigo 172.º (*Abuso sexual de crianças*) protegem-se as crianças menores de 14 anos contra a prática de cópula, coito anal ou oral, de outros actos sexuais de

relevo, de condutas censuráveis, obscenas ou pornográficas e da exposição e cedência de fotografias, filmes ou gravações pornográficas em que estas sejam usadas.

O artigo 174º (*Actos sexuais com adolescentes*), relativo à cópula, coito anal ou oral com adolescentes, circunscreve os meios de sedução ao abuso da inexperiência, exigindo que a pessoa ofendida tenha entre 14 e 16 anos. A inexperiência refere-se à falta de conhecimento prático das actividades sexuais, que torna o adolescente incapaz de emitir uma opinião ou consentimento esclarecido sobre essas actividades e suas consequências (Magalhães, 2002, p. 69).

Nos termos da lei, os maus-tratos têm duas formas de protecção: a protecção tutelar, que protege a criança ou o jovem dessas situações, e a protecção penal que, para os continuar a proteger, responsabiliza criminalmente o abusador.

Actualmente, os direitos dos menores são encarados interdisciplinarmente, isto é, nos diferentes contextos em que se desenrola o processo de desenvolvimento: contexto familiar, escolar, social e jurídico.

- No contexto familiar: o menor tem direito a desenvolver-se no seu meio familiar, dada a importância do papel do pai e da mãe no seu desenvolvimento. A Constituição Portuguesa (art. 36, 6) consagra que "*os filhos não podem ser separados dos seus pais, salvo quando estes não cumprem os seus deveres fundamentais para com eles e sempre mediante decisão judicial*".

- No contexto escolar e social: o direito à educação é reconhecido como princípio fundamental pelos diversos textos constitucionais, devendo ser entendido amplamente, como compreendendo a instrução, o ensino e todas as formas de educação (jogos, desporto, tempos livres, etc.). Os menores são os titulares e beneficiários do direito à educação. No entanto, cabe ao Estado assegurar a

realização e aos pais, escolher a modalidade do seu exercício (Rodrigues, A., 1986). No contexto social, o menor tem direito à protecção contra a não exploração e à protecção contra a crueldade, a negligência e outras formas de exploração (consumo, sexualidade, tráfico, etc.). O menor tem também direito à saúde, como condição essencial para o seu desenvolvimento físico, intelectual e social.

- No sistema jurídico: O menor tem direito a um nome, a uma nacionalidade, à protecção social e a um tratamento especial em matéria penal.

O Interesse Superior da Criança

Leandro, A. (1995) realça, como elemento fundamental comum ao conjunto de princípios e direitos dos menores, a consagração do princípio de que todas as decisões relativas a crianças, tomadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primacialmente em conta o *interesse superior da criança*.

Para clarificar a noção de *interesse do menor*, Rodrigues A. (1986) salienta a importância de se ter sempre em conta que, sendo o desenvolvimento um processo contínuo, o menor deve ser encarado como um ser em formação, que se desenvolve em interacção permanente com o meio físico, familiar ou social (abordagem psico-social). Os factores cognitivos, afectivos e operativos estão em permanente interacção, sendo que, quando se estuda o desenvolvimento social do indivíduo (na família ou na comunidade), se devem ter em conta essas interferências permanentes.

São vários os textos legais, que se debruçam sobre a noção de *interesse do menor*:

a) *O.T.M. (Organização Tutelar de Menores)*

Os Tribunais de Menores têm por fim a protecção judiciária dos menores e a defesa dos seus direitos e interesses mediante a aplicação de medidas tutelares de protecção, assistência e educação (Art. 2 da OTM- DL nº 314/78 de 27 Outubro).

O Tribunal escolherá, dentre as medidas aplicáveis, a mais adequada a cada caso (art. 12,2), tendo em conta a sua exequibilidade prática (art. 21).

As decisões proferidas podem ser, a todo o tempo, revistar, para mais fácil reintegração social do menor (art. 46, 1).

O interesse superior da criança deve ser a consideração determinante (Declaração dos Direitos da Criança).

b) *No Código Civil Português*

A noção *interesse do menor* aparece nomeadamente nos artigos 1878,2; 1905,1, 2 e 3 e nos artigos 1919 e 1978.

c) *Nas convenções internacionais*

- Convenção relativa à protecção de menores (Haia, 5-10-61);
- Convenção sobre a lei aplicável às obrigações alimentares (Haia, 2 de Outubro de 1973);
- Convenção Europeia sobre o reconhecimento e a execução das decisões sobre a guarda de menores (Luxemburgo, 20-5-80);

- Convenção Europeia em matéria de adopção de crianças (Estrasburgo, 15-10-75);
- Declaração dos direitos da criança (1959)

A Base II consagra que:

« a criança deve beneficiar de uma protecção especial e ver-se rodeada de possibilidades concedidas pela Lei e por outros meios, a fim de se poder desenvolver de uma maneira sã e normal no plano físico, intelectual, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Na adopção de leis para esse fim, o interesse superior da criança deve ser a consideração determinante».

Também a Base IV da mesma Declaração, estabelece que:

«a criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, tem necessidade de amor e compreensão. Deve tanto quanto possível crescer sobre a protecção e responsabilidade dos pais e, em qualquer caso, numa atmosfera de afecto e de segurança moral e material: a criança, na primeira infância, não deve, salvo circunstâncias excepcionais, ser separada da sua mãe».

No que toca ao desenvolvimento, as primeiras relações da criança com os pais (ou substitutos) assumem grande importância; relações, no plano da consciência, com os pais reais e relações, no plano inconsciente, com as «imagos» parentais, isto é, as imagens dos pais que, pouco a pouco, são interiorizadas pela criança. São estas primeiras relações que conferem, mais tarde, às atitudes sociais, uma tonalidade emotiva e que, em grande parte, determinam a conduta da criança, do jovem e do adulto, nas suas relações com os outros e com a comunidade (...). O comportamento, a atitude ou a acção do menor, criança ou adolescente, depende do aspecto particular da situação que incide sobre o organismo ou que é seleccionado

por ele: depende, também, da estrutura do indivíduo, naquele momento, a qual decorre de interações complexas entre, por um lado, as características e esquemas de acção herdados (factor hereditário) e, por outro lado, da história individual das aprendizagens (esquemas e padrões culturais adquiridos, vigentes na sociedade). É a interacção destes dois factores que produz, ao longo do tempo, o desenvolvimento do indivíduo (Ericson, E.- 1982) a sua história estrutural e funcional, desde a concepção até à morte (Rodrigues, A., 1986, p. 476, 477).

Desta forma, são as características e as necessidades próprias de cada estágio do desenvolvimento que ditam o interesse do menor.

Quando o menor se encontra em perigo ou desadaptado, é necessário introduzir *algo* que restabeleça o equilíbrio e é esse *algo* que pode constituir o interesse do menor. A reconstrução do equilíbrio deve facilitar a integração social. À noção de interesse do menor associam-se as noções de protecção, assistência, situação particular, perigo, grave prejuízo, integração social, necessidades, direitos e obrigações, formação e educação (Rodrigues, A. 1986).

O sistema jurídico na matéria de menores baseia-se na intervenção da família, com respeito da autonomia progressiva da criança e do jovem, e na participação do Estado e da sociedade, o que pode levar à realização harmoniosa dos direitos das crianças (Leandro, A., 1995).

Relativamente aos estádios do desenvolvimento humano, de forma a haver unanimidade nas noções, uma comissão de peritos da Organização Mundial de Saúde, propôs a seguinte nomenclatura:

Infância - do nascimento aos 13 anos (pré-puberdade);

Puberdade – dos 13 aos 15 anos;

Adolescência – dos 15 aos 18 anos;

Juventude – dos 18 aos 25 anos;

Idade adulta – com ponto médio sensivelmente aos quarenta anos;

Velhice – depois dos 65 anos.

A menoridade é considerada como uma etapa do processo de socialização, devendo este processo permitir a construção pessoal do menor e o acesso ao estado adulto. Como foi dito anteriormente, o menor é hoje encarado como um ser em formação e, enquanto tal, em relação com o seu meio. No entanto, do ponto de vista histórico, nem sempre a menoridade foi reconhecida como um trajecto da vida humana.

Relativamente às *situações em risco* têm-se verificado desenvolvimentos legislativos de interesse, dos quais se destacam:

- A criação das Comissões de Protecção de Menores, DL 189/91 de 17 de Maio – *“permitem uma justiça informal mais apropriada à criança incentivadora da responsabilidade e solidariedade comunitárias, quer no domínio do abandono ou de situações de risco, que anteriormente eram da competência exclusiva do Tribunal, quer no domínio dos comportamentos para-delinquentes ou pré-delinquentes”* (Leandro, A., 1995, p. 36);
- Resolução da Assembleia da República nº 16/VI, sobre medidas da criança em risco;
- Resolução do Conselho de Ministros nº 30/92 de 23 de Julho, que criou o Projecto de Apoio à Família e à Criança, para actuação no domínio da criança maltratada;
- DL 192/9 de 3-9, que reformulou o “Acolhimento familiar”;
- A criação de mais Tribunais especializados em matéria de Família e Menores;

- DL 185/93 de 22 de Maio, que aprovou o novo regime jurídico da Adopção, que pretende clarificar e tornar mais segura a definição dos casos;
- A criação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, DL N° 147/99 de 1 de Setembro, que vieram substituir as Comissões de Protecção de Menores.

Na opinião de Leandro, A. (1995) *a aplicação prática de todos estes instrumentos jurídicos constitui uma grande interpelação, a exigir maturidade pessoal e comunitária que parta de posições suficientemente esclarecidas, radicadas numa ética muito exigente, baseada na interpretação correcta da realidade e ainda na formação que se funde uma reflexão teórica cuidada e numa prática constantemente avaliada (p. 37).*

Quando uma criança ou um jovem se encontra em perigo, significa que a sua situação ou o seu estado, estão desadequados face ao estágio de desenvolvimento em que se encontra. Assim, será necessário, restabelecer a coerência e o equilíbrio, protegendo-o.

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro)

O enquadramento legal das crianças e jovens em perigo teve uma evolução com a publicação da Lei nº 147/99 de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo), que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2001 e teve uma alteração recente, através da Lei nº 31/ 2003 de 22 de Agosto, coincidente com a alteração do regime jurídico da adopção,

As comissões de protecção têm como objectivo promover os direitos e proteger a criança e o jovem em perigo, de modo a garantir o seu bem-estar e o seu desenvolvimento integral (art. 1º), 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 (art. 3º, nº 1).

Intervém na pessoa com menos de 18 anos ou na pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos (art. 5º, a). São instituições oficiais, não judiciárias, com autonomia funcional.

Considera-se que a criança ou o jovem está em perigo (de acordo com o art. 3º, nº2), quando, designadamente, se encontra numa das seguintes situações: está abandonada ou vive entregue a si própria, quando sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais, quando não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal, quando é obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento, quando está sujeita, de forma directa ou indirecta, a

comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional ou então quando 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.

A actual lei consagra, de acordo com o art. 4º, princípios orientadores da intervenção, designadamente o interesse superior da criança e do jovem, a privacidade, a intervenção precoce, a intervenção mínima (exercida exclusivamente pelas entidades cuja acção seja indispensável), a proporcionalidade e actualidade (a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo existente), a responsabilidade parental (exercida de modo que os pais assumam os seus deveres), prevalência na família, a obrigatoriedade da informação (direito à informação dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa) e o princípio da subsidiariedade (a intervenção deve ser efectuada, sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude - pessoas singulares ou colectivas, públicas, cooperativas, sociais ou privadas -, pelas comissões de protecção de crianças e jovens em perigo e, em última instância, pelos tribunais).

A intervenção das comissões de protecção tem lugar, quando não seja possível às entidades referidas actuar de forma adequada e suficiente a remover o perigo (art. 8º). Nestas circunstâncias, de acordo com o art. 65ª, as entidades com competência em matéria de infância e juventude, comunicam às comissões de protecção as situações de perigo de que tenham conhecimento 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.

A intervenção das comissões de protecção depende do consentimento expresso dos pais, do representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto, consoante o caso (art. 9º) e da não oposição da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos (art. 10º, nº1).

Na ausência de consentimento, de acordo com o art. 91º, nº1, 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 com competência em matéria de infância e juventude ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais. De acordo com o nº 3 do mesmo artigo, 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 com competência em matéria de infância e juventude ou em outro local adequado.

As comissões de protecção funcionam, de acordo com o disposto no art. 16º, numa modalidade restrita e numa modalidade alargada.

À comissão restrita compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo (art. 21º). Compete-lhe, designadamente, atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de protecção; 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; proceder à instrução dos processos; solicitar a participação dos membros da comissão alargada nos processos referidos na alínea anterior, sempre que se mostre necessário; solicitar parecer e colaboração de técnicos ou de outras pessoas e entidades públicas ou privadas; decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas

de promoção e protecção, com excepção da medida de confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção; informar semestralmente a comissão alargada, sem identificação das pessoas envolvidas, sobre os processos iniciados e o andamento dos processos pendentes.

Pretende-se que a comissão alargada promova acções, identifique carências, mobilize recursos na comunidade e dinamize programas que afastem as crianças e jovens das situações de perigo.

A comissão restrita é constituída pelo presidente, por representantes do município ou das freguesias e da segurança social, quando não exerçam a presidência. Os restantes membros devem ser escolhidos de forma interdisciplinar e interinstitucional, incluindo, sempre que possível, pessoas com formação nas áreas do serviço social, psicologia e direito, educação e saúde (art. 20º).

A comissão de protecção dispõe, de acordo com o art. 34º, de um conjunto de medidas de promoção e protecção, que visam afastar o perigo em que os menores se encontram; proporcionar-lhes as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral ou ainda garantir a recuperação física e psicológica das vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

A aplicação das medidas de promoção dos direitos e de protecção é da competência exclusiva das comissões de protecção e dos tribunais; a aplicação da medida de confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção (alínea g) do nº1 do art. 35º) é da competência exclusiva dos tribunais.

As medidas de promoção e protecção são executadas em meio natural de vida ou em regime de colocação, consoante a sua natureza. As medidas a executar em meio natural de vida são as seguintes (art. 35º):

- Apoio junto dos pais: consiste em proporcionar à criança ou jovem apoio de natureza psicopedagógica e social e, quando necessário, ajuda económica (art. 39º);
- 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 (art. 40º);
- 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 (art. 43º);
- Apoio para 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 (art. 45º, nº1). Esta medida pode ser aplicada a mães com idade inferior a 15 anos, quando se verifique que a situação aconselha a aplicação desta medida (art. 45, nº2);
- Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção.

As medidas de promoção e protecção em regime de colocação são as seguintes:

- 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. Considera-se que constituem uma família, de acordo com o disposto no nº 2 do artigo 46º, 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.

- Acolhimento em instituição: pode ser de curta duração ou prolongado e 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 (art. 49º). O acolhimento em instituição pode ser de curta duração (tem lugar em casa de acolhimento por prazo não superior a seis meses) ou prolongado (tem lugar em lar de infância e juventude quando se justifica um acolhimento com duração superior a seis meses)- art. 50º.

As medidas aplicadas pelas comissões de protecção integram um acordo de promoção e protecção (art. 36º). No acordo de promoção e protecção em que se estabeleçam medidas a executar em meio natural de vida, devem constar nomeadamente as seguintes cláusulas (art. 56º, nº1):

- Os cuidados de alimentação, higiene, saúde e conforto a prestar à criança ou ao jovem pelos pais ou pelas pessoas a quem sejam confiados;
- 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;

- O plano de escolaridade, formação profissional, trabalho e ocupação dos tempos livres;
- O plano de cuidados de saúde, incluindo consultas médicas e de orientação psicopedagógica, bem como o dever de cumprimento das directivas e orientações fixadas;
- O apoio económico a prestar, sua modalidade, duração e entidade responsável pela atribuição, bem como os pressupostos da concessão.

De acordo com o art. 56º, nº2, 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.

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.

As medidas cessam quando (art. 63º) surja uma das seguintes situações: decorra o respectivo prazo de duração ou eventual prorrogação; a decisão de revisão lhes ponha termo; seja decidida a confiança administrativa ou judicial, nos casos previstos no artigo 44.º da lei (colocação sob guarda de pessoa idónea seleccionada para adopção); o jovem atinja a maioridade ou, nos casos em que tenha solicitado a continuação da medida para além da maioridade, complete 21 anos ou então seja proferida decisão em procedimento cível que assegure o afastamento da criança ou do jovem da situação de perigo.

As comissões de protecção devem comunicar ao Ministério Público (art. 68º) as situações em que considerem adequado o encaminhamento para a adopção; 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; 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; as situações em que não tenha sido proferida decisão decorridos seis meses após o conhecimento da situação da criança ou do jovem em perigo; 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.

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 (art. 69º).

Quando os factos que tenham determinado a situação de perigo constituam crime, as entidades com competência em matéria de infância e juventude e as comissões de protecção devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais (art.70º).

O Ministério Público intervém na promoção e defesa dos direitos das crianças e jovens em perigo e pode exigir aos pais, ao representante legal ou a quem tenha a guarda de facto os esclarecimentos necessários. Representa 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 (art. 72º).

O Ministério Público requer a abertura de processo judicial de promoção dos direitos e de protecção quando tiver conhecimento das situações das crianças e jovens em perigo residentes em áreas em que não se encontre instalada comissão de protecção, considere necessária a aplicação judicial de uma medida de promoção e protecção ou ainda requeira a apreciação judicial a decisão da comissão de protecção (art. 73º).

Medidas de Promoção e Protecção em Regime de Colocação: Acolhimento Institucional de Curta Duração

O Acolhimento em Instituição é uma das medidas de promoção e protecção previstas na Lei de Protecção das Crianças em Risco (art. 50º), podendo tratar-se de um acolhimento de curta duração, que tem lugar em Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco.

Os Centros de Acolhimento Temporário para Menores em Risco, de acordo com o Guia de Recursos para Apoio ao Acompanhamento das Crianças e Jovens (s.d), tratam-se de estruturas de acolhimento transitório para crianças e jovens, onde, para além de lhe serem proporcionados todos os cuidados básicos essenciais, é realizado, por uma equipa técnica, o estudo e o diagnóstico das situações e é definido a(s) solução(ões) tendencialmente mais adequada(s) em termos de planos de vida, num período que não deve ultrapassar os 6 meses.

Destinam-se a acolher crianças e jovens em situação de perigo, sempre que cumulativamente ocorra:

- A natureza e a gravidade da situação ponha em causa a sua segurança, saúde, formação ou desenvolvimento;
- O contexto sócio-familiar em que se encontram não permita a realização do diagnóstico objectivo da sua situação e a planificação da intervenção mais adequada.

Acolhem crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, de ambos os sexos, prevendo-se a diferenciação da estrutura física, em termos da organização dos espaços, de forma a adequá-los às faixas etárias 0/12 e 12/ 18 anos, com alguma flexibilidade no limite dos 12 anos, não ultrapassando uma lotação de 12 crianças ou jovens.

A intervenção é da responsabilidade de uma equipa técnica de formação interdisciplinar, devidamente dimensionada que lhe permita dar o apoio e a atenção que cada criança ou jovem requer, procedendo paralelamente ao diagnóstico tão célere quanto possível da sua situação, pressuposto indispensável à elaboração dos respectivos planos de vida. A equipa técnica deve integrar as valências da psicologia, do serviço social, da educação, da medicina e da área jurídica, com especialização inicial ou adquirida e formação contínua em matérias ligadas à infância e juventude.

De acordo com os princípios orientadores da Intervenção, esta é centrada na criança ou jovem como ser em desenvolvimento, numa perspectiva global e multidisciplinar, favorecendo-se relações de proximidade entre as crianças e jovens acolhidos, bem como os adultos profissionais que com elas lidam e desenvolvendo um ambiente de confiança e afectividade que lhes permita segurança e suscite adesão às medidas que vierem a ser adoptadas. De acordo com os mesmos princípios, a ponderação da solução e encaminhamento mais adequado deve obedecer ao princípio de prevalência na família, isto é, devem ser avaliadas, sequencialmente, as seguintes respostas:

- O regresso à família natural, próxima ou alargada, mantendo-se ou promovendo-se, se for caso disso, o apoio à família, em colaboração com as instituições e serviços locais, pelo tempo necessário à garantia do bem-estar da criança;
- A inserção numa família alternativa- privilegiando-se sempre que possível a adopção- quando o regresso à família natural não for viável;
- A admissão em lar que assegure um acompanhamento individual e a integração social em condições aproximadas às de um núcleo familiar;

Apresentamos, de seguida, os quadros síntese, referentes respectivamente à evolução da criança e da família ao longo da história (Quadro 1), às contribuições para o estudo dos maus-tratos infantis ao longo da história (Quadro 2), às contribuições acerca dos aspectos epidemiológicos dos maus-tratos infantis (Quadro 3) e à evolução da legislação ao longo da história (Quadro 4).

Quadro 1. Evolução da criança e da família ao longo da história

Antigas Civilizações	Contribuições
Índia	- Família como grupo religioso chefiado pelo pai, que detinha o direito absoluto de julgar e de punir.
Babilónia	- Família assente no poder paternal.
Antiga Mesopotâmia	- Autoridade centrada no homem; - Casamento com fins de procriação.
Egipto	- Constituição da família com fins de garantia da descendência; - Criança no centro das preocupações.
Grécia Antiga	- Comunidade no centro das atenções; - Autoridade do chefe de família; - Infanticídio como prática tolerada e autorizada.
Roma	- O pai detinha o poder ilimitado sobre a vida ou a morte dos filhos.
Europa Ocidental	Contribuições
Até ao século XII	- Autoridade do pai; - Criança como adulto em tamanho reduzido; - Ausência do sentimento de infância.
Séculos XIII a XVI	- Criança encarada como símbolo do mal e da imperfeição; - Prática do infanticídio sob a aparência de acidente, como solução para problemas como a marginalidade, a malformação ou a miséria. - Crianças criadas por amas de leite ou então abandonadas; - Tomada de consciência superficial da especificidade da criança: sentimento de «criança-brinquedo» surgiu inicialmente em benefício dos rapazes.
Século XVII	- Surge o início de um sentimento sério e autêntico de infância: a criança ganha uma especificidade e uma originalidade psicológica; - Escola como instrumento de iniciação social, de passagem à condição de adulto;
Século XVIII	- Família como realidade moral e espiritual; - Sentimento de infância e de família alcançado; - Aceitação das necessidades específicas das crianças; - Pais responsáveis pela felicidade ou infelicidade dos filhos; - Papel materno ganha importância.
Século XIX/ XX	- Teoria psicanalítica torna a mãe como figura central da família, com atribuição de um papel fundamental à amamentação no desenvolvimento da criança; - Melhoria nas condições materiais leva à melhoria dos cuidados maternos;
Século XX	- Nascimento de um filho, objecto de um forte investimento afectivo, geralmente fruto de um projecto do casal; - Progressos ao nível da saúde da criança e de criação de creches; - Responsabilidade parental baseada no afecto e na educação; - Primeira infância encarada como período de aprendizagens e de desenvolvimento de capacidades.

Quadro 2. Algumas contribuições para o estudo dos maus-tratos infantis ao longo da história

Autores	Contribuições
1860- Ambroise Tardieu	- Primeira descrição da “Síndrome das Crianças Batidas”
1874- Abraham Jacobi	- Fundação da <i>Sociedade para a Prevenção da Violência para com a Criança</i>
1946 -John Caffey,	- Publicação de investigação com base em estudos radiológicos
1953 - Silverman	- Síndrome do Traumatismo Desconhecido
1962 -Henry Kempe	-Descrição completa da “Síndrome da Criança Batida”
1963- Fontana	- Introdução da denominação de “Criança Maltratada”
1969- D. Gil	- Definição de mau-trato

Quadro 3. Algumas contribuições acerca dos aspectos epidemiológicos dos maus-tratos

Autores	Contribuições
Fausto Amaro (1986)	- Primeira tentativa de abordagem sociológica dos maus-tratos às crianças em Portugal. Concluiu existirem cerca de vinte mil crianças maltratadas e negligenciadas em 1985 e uma distribuição semelhante à descrita para outros países, sendo que a negligência representava 48% do total dos casos, os maus-tratos psíquicos 31-36% e os maus-tratos físicos 16-21% (Almeida, André e Almeida, 2001).
Relatório sobre as “Famílias e os maus-tratos às crianças em Portugal” (1999)	- Relatório realizado a pedido da Assembleia da República. Verifica-se, através deste estudo, que o lar familiar é o lugar privilegiado da violência sobre as crianças, que as mães são responsáveis por mais maus-tratos aos filhos do que os pais, que mais de metade dos progenitores autores de maus-tratos constituem casais nucleares e que o filho mais novo é o mais excessivamente maltratado.
Relatório de avaliação da actividade as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (2002)	- Publicado pela Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco. Revela que no ano 2001 foram acompanhadas 10.123 crianças e jovens no âmbito dos processos instaurados pelas CPCJ.
Quinto Relatório da UNICEF da série <i>Report Card</i> (Setembro de 2003)	- Tem como objectivo chamar a atenção para os problemas dos maus-tratos nos países industrializados e para a necessidade de pôr fim a uma prática que tem consequências extremamente negativas para as crianças. São relatadas algumas medidas (legislativas ou outras) tomadas por alguns países e que vieram a ter resultados positivos na forma como a sociedade reage.

Quadro 4. Evolução da legislação ao longo da história

Marcos Históricos	Contribuições
1911	Surge em Portugal a primeira Lei de Protecção Menores, que criou os Tribunais de Menores.
1920	Surge em Genebra a União internacional de Protecção à infância.
Até cerca de 1950	As preocupações sobre protecção são de ordem humanitária.
1959	A Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou, por unanimidade, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, um conjunto alargado de princípios que consagram, nomeadamente, o seu direito à identidade, ao nome e à nacionalidade, o direito a brincar e a crescer num ambiente de paz e amizade.
1962	Foi publicada a Organização Tutelar de Menores - configurando medidas que se destinavam, indiscriminadamente, a menores em perigo e a menores agentes de crimes.
1979	Ano Internacional da Criança. A Assembleia Geral das Nações Unidas sugere a criação da Convenção sobre os direitos da criança, de forma a conferir um carácter obrigatório à Declaração dos Direitos da Criança.
1989	É aprovada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção sobre os Direitos da Criança, com carácter vinculativo para os Estados que a adoptaram, defendendo como lema principal “o interesse superior da criança”. Os 54 artigos versam direitos relativos à provisão, protecção e participação da criança em todos os assuntos que lhe digam directamente respeito.
1990	Foi ratificada na Assembleia da República a Convenção sobre os Direitos da Criança, em sintonia com a deliberação anterior da Assembleia-geral da Nações Unidas.
1991	Foram criadas as Comissões de Protecção de Menores (CPM) em Portugal- instituições oficiais não judiciárias.
1999	As CPM foram reorganizadas para Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.
2003	É aprovada a Lei nº 31/2003, que altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-lei nº 185/93, de 22 de Maio a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adopção.

Perspectivas sobre a Formação de Vínculos Afectivos

Um bebé não pode existir sozinho; ele é uma parte essencial de uma relação.

D. W. Winnicott

Uma das grandes riquezas da vida é a possibilidade que os seres humanos têm de estabelecer fortes e sólidos vínculos afectivos, sendo o vínculo mais importante considerado pelos investigadores, aquele que se dá entre mãe e filho.

As teorias psicanalíticas, ao considerarem a primeira época da vida como fundamental na determinação da qualidade da existência adulta, contribuíram amplamente para fazer da mãe a figura central na vida afectiva da criança.

São vários os autores que se têm vindo a referir à importância do papel materno no desenvolvimento da estrutura interna da criança e no desenvolvimento da sua relação com o exterior. Três conceitos têm vindo a ser utilizados pelos autores para caracterizar a relação da criança com a mãe: «relações objectais», «dependência» e «vinculação» (attachment), estando cada um deles ligado a uma formulação teórica distinta.

A este propósito, Ainsworth (1969) refere-se a cada um deles, salientando que o conceito «relações objectais» deriva da teoria psicanalítica do instinto, para a qual a origem das relações objectais reside no primeiro ano de vida, sendo o primeiro objecto da criança a mãe, cuja relação inicial tem uma natureza essencialmente oral. O conceito de «dependência», por seu lado, deriva das teorias da aprendizagem social, para as quais a origem das relações interpessoais reside no comportamento de dependência da criança em relação à mãe, reforçado pelos cuidados que a mãe lhe

dispensa e na interação que desenvolve com ela. Finalmente, o conceito de «vinculação» deriva de Bowlby (1958), que propôs uma nova abordagem para as origens das relações da criança à mãe, tendo por base uma perspectiva etológica. Para o autor, o termo «vinculação» refere-se ao laço afectivo que uma pessoa estabelece com outra, sendo o primeiro laço formado provavelmente com a mãe.

Fazemos, de seguida, uma descrição sucinta das ideias dos principais autores sobre o tema da Vinculação, com o intuito dos relacionarmos, mais adiante, com a importância dos cuidados afectivos à criança.

Abordagem Etológica da Vinculação

A etologia estudou o comportamento das espécies animais, nomeadamente no que diz respeito aos comportamentos de ligação, privilegiando como metodologia de estudo, a observação directa dos comportamentos em meio natural, com especial ênfase às inter-relações entre os organismos e o meio envolvente. Estas metodologias vieram influenciar o estudo da relação pais/filhos na espécie humana (Cunha, C. & Sá, E., 1996).

Vários autores (Bateson, 1966; Sluckin, 1965; Salzen, 1970; Thorpe, 1958; Moltz, 1960) cit. in Rajecki, 1976; Ratner, 1976; Harlow, 1958 (cit. in Harlow, 1976); Lorenz, 1935 (cit. in Lorenz, 1974); Schappi, 1983 (cit. in Schappi, 1987); Rajecki, 1976) estudaram a génese das ligações infantis em algumas espécies animais, partindo do princípio de que as experiências no início da ontogénese influenciam, profundamente, as fases ulteriores do desenvolvimento e que a relação mãe-filho organiza a ontogénese (Cunha, C. & Sá, E., 1996, p. 66).

Apesar dos fundadores da etologia serem K. Lorenz e N. Tinbergen, foi com as experiências de Harlow (1958) sobre os macacos resus e com os trabalhos paralelos de Bowlby sobre o bebê humano, que a etologia viu abri o campo das suas aplicações ao comportamento humano (Marcelli, 1998).

K. Lorenz (1957) realizou os primeiros estudos científicos sobre o comportamento de aves recém-nascidas que seguiam os primeiros objectos em movimento que visualizavam, fossem ou não membros de sua família, aos quais se apegam cada vez mais. Denominou este comportamento de *imprinting*, caracterizado como uma forma rápida, inata e instintiva de aprendizagem precoce, que ocorre na vida do animal e tem a importante função de permitir o reconhecimento dos pais aos filhos, com a finalidade de favorecer a ligação social e de reprodução sexual com membros de sua própria espécie e não de outras (comportamentos de filiação).

Estas descobertas foram aplicadas, posteriormente, à teoria da vinculação. Ao descrever a ontogénese das ligações infantis nos seres humanos, Bowlby (1969, cit. in Soczka & Bastos (Orgs.), 1976, p. 72) notou que «(...) *a forma como se desenvolvem as ligações afectivas nos bebês humanos, e como se concentram numa figura discriminada, é suficientemente parecida com o que acontece noutros mamíferos, e em aves, para poder ser incluída, legitimamente, no capítulo imprinting*».

Harlow (1958), através de diversas experiências, demonstrou a necessidade de um vínculo afectivo entre o bebê macaco rhesus e a mãe, assim como todas as implicações que a falta desse vínculo acarretava. Criou experimentalmente imitações de mães macacas de arame, umas revestidas de tecidos delicados e sem alimento e outras não revestidas mas com alimento (mamadeira). Observou que os bebês

macacos preferiam as mães revestidas de tecidos delicados às mães revestidas apenas de arame e que a variável aleitamento estava longe de significação estatística. Para Harlow, isso significou que o reconforto do contacto ou “apego” constitui uma variável maior no vínculo com a mãe, superior à alimentação. Verificou também que os macacos bebês separados da mãe mas criados juntos, apresentavam melhor comportamento social do que aqueles mantidos isolados. As fêmeas criadas em total isolamento têm, posteriormente, um comportamento de rejeição muito forte em relação ao seu próprio bebê. *Estas experiências mostram a importância da necessidade precoce de apego e as sequelas duradouras, até mesmo definitivas que uma carência precoce provoca no bebê macaco* (Marcelli, 1998, p. 22).

Assim, foram tomadas como variáveis importantes, a serem consideradas na organização das ligações infantis nos macacos rhesus, o contacto precoce com a mãe (ou com o substituto materno), o conforto do contacto, o isolamento e a privação social prolongados nos primeiros meses de vida e as competências sensoriais do bebê-macaco (Cunha, M. & Sá, E., 1996).

Harlow (ibid.) verificou, ainda, que a fêmea rhesus que havia sofrido privação social precoce e prolongada era, a seu tempo, uma má mãe, indiferente aos sinais do filho, tratando-o e maltratando-o como se de um objecto se tratasse (Cunha, M. & Sá, E., 1996, p. 68).

A abordagem etológica proporcionou grandes contributos para a compreensão da teoria da vinculação, já que introduziu a noção de competência e influência infantil na interacção com o meio.

Teoria de John Bowlby

À luz dos trabalhos de etologia, **Bowlby**, refutou, a partir de 1958, a teoria freudiana do apoio da pulsão libidinal (o estabelecimento da relação libidinal apoia-se na satisfação da necessidade oral) e considerou a noção de apego à mãe. Defendeu que o apego do bebê à mãe e da mãe ao bebê resulta de determinados sistemas de comportamento característicos da espécie, que se organizam em torno da mãe. Descreveu, na primeira versão da sua teoria (1959), cinco sistemas de comportamento (sugar, agarrar-se, seguir, chorar, sorrir) que definem a conduta de apego. Considerou (1969) que esta conduta é primária e tem o objectivo de manter a criança na proximidade da mãe (Marcelli, 1998, p. 22).

A Teoria da Vinculação de Bowlby (1981) postulou as experiências afectivas iniciais com os pais, ou seus substitutos, como a base para as relações afectivas futuras. Demonstrou que a acessibilidade de figuras parentais é o único meio capaz de produzir sentimentos de segurança na criança e utilizou o termo vinculação para designar este tipo de relação (Canavarro, M., 1999). *O ponto fundamental da minha tese, é que existe uma forte relação causal entre as experiências de um indivíduo com seus pais e a sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afectivos, e que certas variações comuns dessa capacidade, (...) podem ser atribuídas a certas variações comuns no modo como os pais desempenham seus papeis. (...) A principal variável ara a qual chamo a atenção é o grau em que os pais de uma criança lhe fornecem uma base segura e a estimulam a explorar a partir dessa base* (Bowlby, 1982, p. 128).

Bowlby (1982) chama de “vínculo afectivo” à atracção que um indivíduo sente por outro indivíduo e evidencia a necessidade de uma figura de ligação (ou de apego) que forneça à criança, adolescente (ou adulto) uma base segura.

Durante os primeiros meses de vida, o bebê aprende a discriminar uma certa figura, usualmente a mãe, e desenvolve um grande prazer em estar na sua companhia. Depois dos seis meses de idade, aproximadamente, o bebê mostra as suas preferências de modo inconfundível (Schaffer, 1958). Durante a segunda metade do primeiro ano de vida e a totalidade do segundo e terceiro, a criança está intimamente ligada à sua figura materna, o que significa que fica contente na companhia dela e aflita quando ela está ausente. Mesmo separações momentâneas levam frequentemente a criança a protestar; e as mais demoradas sempre envolvem os mais vigorosos protestos. Após o terceiro ano, o comportamento de ligação é suscitado um pouco menos prontamente do que antes, embora a mudança seja apenas de grau. A partir do primeiro aniversário, outras figuras, como o pai ou a avó, também podem tornar-se importantes para a criança, de modo que a sua ligação não se limita mais a uma figura. No entanto, existe usualmente uma preferência bem marcada por uma determinada pessoa. À luz da filogenia, é provável que os vínculos instintivos que ligam o bebê humano a uma figura materna, sejam construídos de acordo com o mesmo padrão geral presente em outras espécies mamíferas (Bowlby, 1958; Rollman-Branch, 1960; Harlow e Zimmermann, 1959) (Bowlby, 1982, p. 43).

A propósito da contribuição de Bowlby, designadamente ao nível da importância que atribui às relações precoces, Rosa Abelaira (1992, p. 9) refere que «*um bebê carente torna-se inseguro e ansioso e todo o seu universo de interesses e preocupações gira à volta dessa falta e todas as suas energias são canalizadas para a obtenção de segurança*». Para que a criança se afaste da mãe e se torne autónoma terá, portanto, de se sentir segura de afecto. É o apego que possibilita a diminuição da dependência em relação à mãe e que permite a autonomia e a individuação da criança.

Contributos de Mary Ainsworth para a Teoria da Vinculação

Mary Ainsworth, nos anos de 1970, continuando os trabalhos de Bowlby, desenvolveu uma forma de avaliar o tipo de relação de vinculação estabelecido, conhecida por *Situação Estranha*. Trata-se de uma situação laboratorial estruturada, com a duração aproximada de vinte minutos, em que se pretende induzir níveis de stress reduzidos na criança mas com intensidade suficiente para activar comportamentos de vinculação (Canavarro, M., 1999, p. 44). São utilizadas três situações indutoras de stress, relativamente pouco traumáticas mas suficientes para activarem comportamentos de vinculação, sendo elas a presença de um local que não seja familiar à criança, a interacção com uma pessoa diferente e breves separações da mãe. A situação é gravada em vídeo e classificam-se as interacções observadas de acordo com as reacções da criança à separação da/ com a mãe, em três tipos ou padrões distintos, tal como se descrevem no quadro seguinte, referente aos Padrões do comportamento de interacção da criança com a mãe, avaliados na Situação Estranha (de acordo com Ainsworth e al., 1978, cit. por Canavarro, M., 1999):

Padrões de Vinculação	Descrição dos comportamentos de interacção
Padrão A: Inseguro-Evitante	Exploração independente da mãe (no início, separa-se para explorar o ambiente; baixa partilha de afectos; estabelece relação com o estranho). Evitamento activo da mãe após a reunião (olha para outro lado, movimenta-se noutra direcção, ignora; não evita o estranho).
Padrão B: Seguro	A mãe é uma base de segurança para exploração do ambiente (separa-se para brincar, partilha emoções enquanto brinca, estabelece relação com o estranho na presença da mãe; conforta-se rapidamente, após situação indutora de stress). Procura activa de contacto e interacção, após reunião (quando agitada, procura imediatamente o contacto e este põe fim à agitação; quando não está agitada, mostra-se satisfeita por ver a mãe e dá início à interacção).
Padrão C: Inseguro-Ansioso	Comportamento exploratório pobre (dificuldade de se isolar para explorar o ambiente; necessita sempre de contacto, mesmo antes da separação; receio de situações e pessoas diferentes). Dificuldade de estabelecer contacto após a reunião (existência simultânea de procura e resistência ao contacto, gritando, dando pontapés ou rejeitando brinquedos; pode continuar a chorar e gritar ou aparentar grande passividade).

Estudos realizados com base neste procedimento experimental com amostras recolhidas em população normal, referidos por Cicchetti (1995), *revelaram que aproximadamente 70% das crianças foram classificadas como tendo comportamentos de vinculação seguro (Padrão B) em relação à sua mãe, 20% das crianças foram como tendo comportamentos de vinculação inseguro-evitante (Padrão A) e os restantes 10% estabelecem relações de vinculação de tipo inseguro-ansioso (Padrão C) com as suas mães* (Canavarro, M., 1999, p. 45).

Canavarro. M. (1999), refere-se a um quarto padrão de vinculação identificado por Main & Solomon (1990), descrito no quadro seguinte, e que corresponde a padrões atípicos de comportamento de vinculação, caracterizados por comportamentos desorganizados, não tendo as crianças qualquer estratégia coerentemente organizada para lidar com o stress induzido pela separação da mãe, nem com a posterior reunião. Segue-se o quadro relativo aos Padrões de vinculação da criança com a mãe, avaliados na Situação Estranha (de acordo com Main & Solomon, 1990):

Padrões de Vinculação	Descrição dos comportamentos de interacção
Padrão A, B e C	(Equivalentes ao sumariado no Quadro 1)
Padrão D Desorganizado	Padrões comportamentais caracterizados por comportamentos contraditórios, movimentos e expressões incompletos ou indirectos; comportamentos estereotipados; movimentos assimétricos.

Através dos seus estudos, Mary Ainsworth contribuiu de forma determinante para a evolução e aperfeiçoamento da teoria da vinculação.

Teorias Psicanalíticas das Relações Objectais

Freud não só insistiu em que as raízes da vida emocional mergulham na infância, como também procurou explorar de um modo sistemático a ligação entre acontecimentos dos primeiros anos de vida e a estrutura e funcionamento da personalidade (Bowlby, 1982). Especificou (1905) que o primeiro objecto de amor da criança é o seio da mãe e referiu-se à primitiva relação de mamar como o protótipo das posteriores relações de amor. Caracterizou (1914) as primeiras relações objectais como «anaclíticas», por considerar que o amor anaclítico depende principalmente de se ser alimentado. Observou mais tarde (1926) que a criança sente ansiedade quando a mãe se ausenta, assinalando a separação o perigo para a criança de que as suas necessidades corporais não sejam satisfeitas. Em 1931 Freud reconheceu o significado duradouro da vinculação criança-mãe, constituindo a base para todas as relações posteriores (Soczka & Bastos (Orgs.), 1976). No entanto, a descrição de Freud quanto ao significado do laço mãe-criança estava incompleta, o que deixou lugar para divisões teóricas na perspectiva psicanalítica.

A partir das descrições de Freud, outros teóricos concebem o desenvolvimento das relações objectais, relacionando-o com o desenvolvimento do ego.

Melanie Klein (1952) aponta os mecanismos mentais da *introjecção* e da *projecção* como fundamentais para a constituição do aparelho psíquico.

Desde o seu nascimento, em fantasia, o bebé introjecta o seio da mãe dividindo os seus aspectos bons e maus, na perspectiva de introjectar os bons e de projectar os maus. Há uma integração progressiva que permite que o mundo interno do bebé vá sendo construído. Inicialmente, ele é vivenciado como todo bom ou todo mau e self e objectos não estão ainda integrados numa pessoa inteira. Confundem-se e o bebé

julga serem constituídos por partes do corpo como o seio, o rosto ou as mãos (posição esquizo-paranoide).

A posição depressiva é apontada como o ponto de partida para a emergência da noção de separação entre si e o objecto, quando a criança adquire a capacidade de ver a mãe como um objecto total. O bebé passa a ser um objecto total e *bom* e *mau*, antes clivados, passam a fazer parte dele. A distinção entre *self* e objecto torna-se possível e mundo interno e mundo externo tornam-se separados.

Gradualmente, o bebé vai percebendo que a mãe que frustra e que ele odeia e ataca é a mesma que o conforta e que ele ama e valoriza. Os objectos parciais como o seio, o rosto, as mãos da mãe, etc. passam a ser reconhecidos como partes de um objecto único e inteiro e o bebé apercebe-se que os seus sentimentos ambivalentes são dirigidos ao mesmo objecto. A culpa pelos ataques ao objecto bom e o receio do ter estragado suscitam o medo da perda do objecto e os desejos de reparação aparecem. É a reparação que permite que o trabalho de luto se faça e que a posição depressiva seja ultrapassada. É a confiança nos objectos bons que sobrevivem aos maus que permite o avanço, ou seja, é a relação e a identificação com o objecto externo que permite a consolidação de um mundo interno bom, onde objectos bons constituem a base para a confiança em si e nos outros. A reparação, promovendo esforços correctores, vai possibilitar um alívio interno pelo mal feito.

O bebé vai armazenando, dentro de si, tanto as experiências gratificantes do seio que protege, conforta e alimenta, como as experiências frustrantes do seio que agride. Vão sendo atribuídos ao seio materno sentimentos amorosos e cruéis. Torna-se essencial que o bebé internalize, pouco a pouco, uma imagem benigna da mãe e que esta constitua um objecto bom e forte que lhe dê suporte.

Spitz (1957) teorizou que a evolução psicogenética da criança é composta por *organizadores* do psiquismo, que se estabelecem nos dois primeiros anos da criança,

marcados pelo aparecimento de novos esquemas específicos do comportamento chamados *indicadores*. O indicador do primeiro organizador do psiquismo é a aparição da reacção do sorriso a partir do segundo e terceiro mês, que revela a instalação dos primeiros rudimentos do Eu e do estabelecimento da primeira relação pré-objectal ainda indiferenciada. O segundo organizador do psiquismo é especificado pelo aparecimento ao oitavo mês da reacção de angústia ao rosto de um estranho (frequentemente conhecido pela angústia do oitavo mês) que marca a sua nova capacidade de distinguir o Eu do não-Eu bem como a mãe da não-mãe. A criança chega assim à fase objectal e ao estabelecimento de relações de objecto diversificados. O terceiro organizador do psiquismo surge no decurso do segundo ano de idade e é especificado pelo surgimento do “não” (gesto e palavra) que permite que a criança atinja uma distinção completa entre si mesma e o objecto materno e, em consequência, que entre no campo das relações sociais (Marcelli, 1998). Enquanto se desenvolve uma estrutura organizadora do ego é a mãe que assume as funções do ego, sendo o seu ego exterior.

Spitz descreve a evolução da relação objectal em três estádios: estágio pré-objectal (o objecto é percebido apenas em função da necessidade interna), estágio do objecto precursor (a criança reage ao ver o rosto do adulto; verifica-se a passagem correspondente da percepção interior da experiência para a percepção exterior dos estímulos; início rudimentar do ego representado à actividade dirigida) e estágio do objecto libidinal (angústia do oitavo mês- o bebé reage com desprazer quando a mãe o abandona; o objecto libidinal- a mãe- está constituído e identificado) (Marcelli, 1998).

Os primeiros estudos sobre a relação entre mãe e filho foram baseados em observações nas quais Spitz, estudou o comportamento de crianças separadas dos pais em instituições, descrevendo a patologia resultante da falta dos cuidados maternos.

Os estudos de Spitz sobre o desenvolvimento normal permitiram a determinação de distorções patológicas próprias de certas situações traumáticas. Relatou a reacção comportamental de lactentes de 6 a 18 meses após uma separação brusca da mãe, descrevendo inicialmente um período de choramingos, depois um estado de retraimento e de indiferença, em simultâneo com uma regressão do desenvolvimento e/ou sintomas somáticos. Esta reacção é denominada pelo autor de «depressão anaclítica».

Para Winnicott (1975), a condição necessária para que o bebé progrida no sentido da identificação primária, é a existência de uma *mãe suficientemente boa*, que responde e se adapta activamente às necessidades do bebé, atribuindo-lhe um sentido e significado, e que gradativamente diminui essa adaptação. Adaptando-se ao bebé, a mãe permite ao bebé viver a ilusão de que ele cria magicamente o objecto externo. «*A adaptação da mãe às necessidades do bebé, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar*» (Winnicott, 1975, p.27). A tarefa da mãe será a de desiludir o bebé gradualmente. São as provisões ambientais suficientemente, boas que vão ajudar o bebé a enfrentar a perda da onnipotência. A criança passa de um estado de dependência absoluta, em que foi vivido um período de fusão com a mãe sem capacidade de resistir à frustração da sua ausência, para um estado de dependência relativa em que, gradualmente, consegue passar sem os cuidados maternos. A repetição das gratificações satisfatórias oferece à criança as bases para o desenvolvimento da capacidade de estar só.

A mãe deverá proporcionar um ambiente facilitador, suficientemente bom, demonstrando disponibilidade para a criança mas, ao mesmo tempo, possibilitando-lhe um espaço relacional para a auto-exploração e desenvolvimento da autonomia (Oliveira, 2000). Na função maternal, Winnicott distingue três papéis que denomina

de *holding* (amparo físico e psíquico), *handing* (manipulações do corpo: cuidados de higiene, vestuário e carícias) e *object-presenting* (momento em que o objecto é apresentado ao bebé). Os fenómenos transicionais permitem à criança atingir a unidade *psique-soma*, base de um *self* autêntico. Só o verdadeiro *self* pode ser criativo e dar à criança o sentimento de ser real (Marcelli, 1998).

Ferreira, T. (2002), referindo-se ao conceito de Winnicott de *mãe suficientemente boa*, diz-nos que é aquela que é capaz de manter a boa distância, o bom envolvimento afectivo segundo as necessidades (decrecentes) do seu bebé.

Bion (1962) referiu-se ao estado mental da mãe, quando ela consegue receber a ansiedade projectada pelo bebé. Adoptou o termo *rêverie* para se referir a esse estado. O bebé transmite à mãe um estado de ansiedade intolerável, sem sentido, cabendo à mãe reconhecer essa ansiedade, contê-la e dar-lhe algum significado. Para isso, a mente da mãe terá de estar num estado de calma receptividade, sem memória e sem desejo.

Quando essa *rêverie* não acontece, não é atribuído significado aos estados do bebé e este experimenta um sentimento de «*desconhecimento medonho*». Se, pelo contrário, o estado do bebé é aliviado, a percepção que ele tem é a de ter «*projectado algo intolerável para dentro do seu objecto, mas o objecto foi capaz de contê-lo e lidar com esse algo. Ele pode então reintrojectar, não somente a sua ansiedade original, mas uma ansiedade modificada por haver sido contida. Ele introjecta também um objecto capaz de conter a ansiedade e com ela lidar. O conter da ansiedade por um objecto externo capaz de compreensão é um começo de estabilidade mental*» (Segal, 1975, in Hinshelwood, 1992, p.265).

«*Mediante a introjecção de uma mãe receptiva e compreensiva, o bebé pode começar a desenvolver a sua própria capacidade de reflexão sobre os seus próprios estados mentais*» (Hinshelwood, 1992, p.464).

A relação continente/conteúdo entre o bebê e a mãe e a capacidade de *rêverie* favorecem o crescimento psíquico da criança e da mãe. Os fundamentos infantis vão sendo transformados pouco a pouco em símbolos, pensamentos, abstrações cada vez mais elevadas, sendo sinal de saúde que esse desenvolvimento ocorra mais no sentido progrediente do que regrediente (Houzel, 1991).

Este conceito de Bion tem algumas divergências em relação ao conceito de *holding* de Winnicott, uma vez que a função de *holding* visa «*dar apoio à crença inabalável do bebê em sua própria onipotência*» e a *rêverie* de Bion «*é a tentativa materna de proporcionar uma função continente de compreensão da realidade do bebê, a fim de apoiar a perda de onipotência deste*» (Hinsshelwood, 1992,p. 465).

Constata-se, portanto, que a forma como a mãe contém os estados do bebê e a forma como se posiciona enquanto pessoa em relação ao filho, influencia a representação que este vai interiorizar dela, base para os passos seguintes do desenvolvimento.

Conclui-se que o alicerce para uma personalidade estável e auto-confiante passa pela certeza de poder contar com a presença e o apoio das figuras de apego, assim como pela estimulação gradual e constante à crescente autonomia (Bowlby, 1981).

A posição teórica de Bowlby tem pontos de encontro com as posições adoptadas por outros autores que dão importância à influência do ambiente sobre o desenvolvimento. Assim, Winnicott (1958), citado por Bowlby (1981), refere que «*a maturidade e a capacidade de estar só supõe que o indivíduo haja tido a oportunidade, graças a cuidados adequados de adquirir confiança num objecto benigno. Gradativamente, o ambiente de apoio para o ego é introjectado e incorpora-se à personalidade do indivíduo, de modo a fazer surgir a capacidade de*

estar só» (pp. 377). Mahler (1968), também citada por Bowlby (1981), chega à conclusão de que a auto-confiança, a auto-estima e o prazer na independência, se desenvolvem a partir da confiança nos outros. São construídos na latência e infância com o auxílio de uma pessoa significativa que sirva de ponto de referência para as actividades da criança e que lhe dê liberdade suficiente para ultrapassar a fase de *separação-individuação*.

Bion refere-se, por outras palavras, à mãe com capacidade de rêverie ou seja, capacidade de intuir, fantasiar, agir o desejo do bebé, identificando-se com ele, sendo esta qualidade maternal que organiza o mundo interior psíquico do bebé, dando progressivamente um sentido ao mundo que o rodeia pois a mãe vive com ele experiências afectivas repetidas e de grande intensidade (Ferreira, T., 2002, p. 57).

Em síntese:

Harlow mostrou a importância considerável do contacto corporal e esta teoria foi simultaneamente sustentada por Bowlby. O importante papel das variáveis visuais, indirectamente provado pelo fenómeno de impregnação, foi sublinhado por Lorenz e Bowlby. De outro lado, Spitz sublinhou a importância deste papel pela sua análise do sorriso, e Bowlby (...) avaliou-o positivamente. Harlow mostrou igualmente que a estimulação próprio-perceptiva, o aleitamento e o calor materno eram variáveis importantes na primeira infância (Cruz, A., org., p.166).

Até meados da década de 1950, psicanalistas e teóricos da aprendizagem concordavam que os vínculos afectivos se desenvolviam com base na necessidade de satisfação de certos impulsos, como por exemplo a alimentação, vista como impulso primário, e a dependência, vista como impulso secundário. Os teóricos das relações objectais, nomeadamente Melanie Klein e Winnicott, procuraram modificar essa reformulação. Os estudos de Lorenz sobre o *imprinting* ofereceram uma abordagem

alternativa, ao verificar que pelo menos em algumas espécies de aves, durante os primeiros dias de vida, se desenvolvem fortes vínculos sobre uma figura materna, sem qualquer referência à alimentação. A partir do modelo derivado da etologia, Bowlby delineou uma teoria da ligação, em 1958.

Abandono Psicológico/ Crianças em Risco

Hoje a loucura dos homens pode ser conhecida, entendida e em grande parte evitada- é a nossa esperança. A Saúde Mental e a Loucura têm origens precoces em: formas de Amor e formas de Desamor.

(Teresa Ferreira, 2002, p. 145)

Na sequência das teorizações anteriormente expostas, autores como Winnicott (1975) e Bowlby (1981) atribuem grande importância à continuidade nas relações entre a figura materna (ou substituto) e a criança e à qualidade e quantidade de interacção suficiente. Para que a relação seja de qualidade, é necessário que seja regular e estável.

Na área das relações interpessoais directas, além dos seus aspectos exteriores observáveis, há uma outra dimensão da realidade que é de fundamental importância. É a dimensão interior, a realidade psíquica, onde as relações se vivem a partir dos afectos, que podem ser de qualidades várias, positivas ou negativas. É todo este complexo mundo interno, por vezes pouco claro, tumultuoso ou mesmo violento, que determina decisivamente como vão decorrer as relações entre as pessoas e portanto, dizendo de outro modo, o que se pode esperar dessas mesmas relações (Seabra Diniz, 1993, p. 61).

O que acontece na vida de muitas crianças é a ausência destes modelos ou a “presença do seu negativo” (Strecht, 1999, p.68), o que pode gerar na criança um estado de sofrimento com consequências mais ou menos graves, consoante a natureza e a gravidade das insuficiências, privações ou disfunções, o que coloca a criança em situação de perigo.

Não será muito clara a noção de «crianças em risco». Ao serem descritas desse modo, sempre se coloca a ênfase nas crianças abandonadas, nos filhos de toxicodependentes... e nos filhos dos outros. Serão, como todas, em risco de ... não serem felizes. Mas afinal, talvez só haja dois grandes riscos na vida: morrermos e estarmos sós (que é uma das formas de nos sentirmos mal-amados). Por vezes, damos excessiva importância às crianças que são abandonadas por fora, talvez para não repararmos nas que temos junto a nós, e abandonamos por dentro, dos pequenos abandonos (quando não podemos ter atenção para elas) aos grandes abandonos (de vivermos com alguém que sentimos desconhecer e nos desconhece) (Sá, E. & Cunha, M., 1996).

O futuro da criança depende do modo como os seus riscos foram sendo vencidos: os riscos precoces e os riscos tardios. Os riscos precoces da insegurança vinculatória são, por exemplo, de raiz parental quando há crianças não desejadas ou mal desejadas, pais muito novos e imaturos, mães gravemente deprimidas ou pais psiquicamente perturbados e destituídos de qualidades parentais. Em risco estão também as crianças cujas famílias não têm capacidade para lhes assegurar um ambiente acolhedor, protector e nutriente e onde, muitas vezes, a criança se defronta com maus-tratos, abandonos e abusos sexuais. Tornam-se crianças tristes, desorientadas, desorganizadas e, por vezes, agressivas. Os riscos tardios da insegurança vinculatória são os que surgem com a aproximação da idade escolar. As crianças sentem-se mal preparadas para viverem e conviverem com os outros por insuficiente ou inexistente interiorização de matrizes familiares insuficientemente contentoras e organizadoras da vida psíquica das crianças, por vezes inseridas em matrizes sociais também de qualidade insuficiente (Salgueiro, E., 1995).

Mas, afinal, quando está uma criança em perigo?

“Quando os pais a expõem, frequentemente, a situações de sofrimento que levam a erodir e a delapidar os seus recursos de saúde, sem que haja quaisquer perspectivas continuadas de reparação” (Sá, E., 2002, p.57).

Assim, a criança poderá estar em risco quando se verifica uma insuficiência ou o rompimento de vínculos afectivos ou quando os pais (ou os seus substitutos) adoptam comportamentos desadequados, nomeadamente sob a forma de maus-tratos.

Ainsworth (1962, cit por Soulé et al., 1995), refere-se a Guex (1950), que designou por *Síndrome de Abandono*, as desordens futuras, visto que tais crianças estão longe de ser capazes de se organizar num modo neurótico. Abordaremos esta teorização mais adiante.

Perspectivas sobre a Insuficiência e/ou Rompimento de Vínculos Afectivos

Sem mãe um bebé não existe- diz Winnicott- e sem holding não cresce por dentro.
(Teresa Ferreira, 2002, p. 57).

Como atrás referimos, Bowlby teorizou sobre a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afectivos e abordou a explicação das múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e a perda involuntária dão origem (Bowlby, 1982).

Winnicott (1975) e Bowlby (1981) atribuíram grande importância à continuidade nas relações mãe/criança e à quantidade de interacção suficiente para o estabelecimento da ligação com a figura materna, que se complementa com a função paterna.

De acordo com Bowlby (1981, p. 14) “(...) *uma criança sofre privação quando, vivendo em sua casa, a mãe (ou mãe substituta permanente) é incapaz de proporcionar-lhe os cuidados amorosos que as crianças pequenas precisam. E ainda, uma criança sofre privação se, por qualquer motivo, é afastada dos cuidados de sua mãe. Esta privação será relativamente suave se a criança passar a ser cuidada por alguém em que ela já aprendeu a confiar e a quem já conhece, mas pode ser acentuada se a mãe substituta em questão, embora amorosa, for uma estranha. Contudo, estas situações ainda dão à criança alguma satisfação; representam, portanto, exemplos de “privação parcial”. Opõem-se à “privação quase total”, ainda bastante comum nas instituições, nas creches residenciais e nos*

hospitais, onde frequentemente uma criança não dispõe de uma determinada pessoa que cuide dela de uma forma pessoal e com quem ela possa sentir-se segura (...)”.

Segundo Marcelli (1998) o conceito de carência afectiva é múltiplo, tanto na sua natureza, como na sua forma, sendo necessário ter em conta na sua definição três dimensões na interacção mãe-filho:

- Carência por insuficiência de interacção- remete para a ausência da mãe ou de um substituto materno;
- Carência por descontinuidade dos laços que coloca em cena as separações, quaisquer que sejam os seus motivos;
- Carência por distorção da qualidade do aporte materno (mãe caótica, imprevisível).

De forma semelhante, Soulé, Lauzanne & Leblanc (1995), consideram que a abordagem do conceito de carência de cuidados maternos deve distinguir:

- Noção de carência: implica a falta de quantidade de interacção mãe/filho. Segundo Bowlby (1981), esta situação verifica-se quando a criança vive numa instituição ou está hospitalizada, não dispondo de um substituto materno ou ainda quando vive com a mãe (ou substituto) mas não recebe dela os cuidados necessários, sendo a interacção insuficiente. Nesta situação, a criança sofre de uma privação parcial dos cuidados. Pode, também, sofrer uma privação total quando a ausência física se traduz na perda da mãe (ou substituto) por morte, doença ou abandono, não existindo parentes para cuidar da criança ou ainda, quando a criança é retirada à mãe (ou substituto) e entregue a estranhos, pela justiça ou outras organizações de assistência pública;
- Noção de separação ou carência por descontinuidade: implica uma ausência emocional da mãe (ou substituto) e não necessariamente uma insuficiência quantitativa nas interacções. Se for proporcionada à criança uma figura substituta

com quem possa interagir, os resultados da experiência de separação poderão ser minorados. Porém, todas as experiências de separação tendem a ser perturbadoras para a criança que já tenha estabelecido uma ligação com a figura materna;

- Noção de insuficiência relacional qualitativa ou distorção: está relacionada com a qualidade da relação materna e implica a falta de adequação da resposta da mãe às necessidades da criança. São interações que se baseiam, segundo Strecht (1999), na rejeição, hostilidade, crueldade, abusos físicos ou sexuais, controlo repressivo ou falta de afecto.

Pinto (1982), refere que se encontram sobre a designação de «privação materna» experiências algo diversas, distinguindo:

- Experiências de separação- implica uma descontinuidade da relação com a figura materna, independentemente de haver uma quebra na ligação. Faz a distinção entre separações de curto prazo (em que não se chegará a uma quebra do laço afectivo) e separações permanentes (em que se chega a uma fase de desvinculação);

- Experiências de privação ou distorção das relações de vinculação- remete para uma perda ou para uma insuficiência quantitativa das relações, independentemente da presença ou ausência da figura materna. *Isto acontece quando, por exemplo, a criança vê que tudo aquilo que ela diz ou faz é indiferente para os outros, ou acarreta mesmo uma punição* (Pinto, 1982, p. 63).

De acordo com Seabra Diniz (1993) não é necessário que se verifique um abandono propriamente dito para que uma criança possa sofrer de carências graves devido à ausência da mãe ou à falta de qualidade da relação materna e do ambiente familiar, que poderá relacionar-se com a incoerência e descontinuidade na relação.

Considera que o conceito de carência de cuidados maternos (ou o abandono) engloba uma situação externa e uma situação interna. A primeira, pode-se identificar

e caracterizar socialmente, remetendo para os perigos materiais que a criança pode correr por não ter quem cuide dela e para os meios necessários para lhe garantir a sua sobrevivência e bem-estar. A segunda, é uma situação interna da criança e dos pais, um estado emocional, que atinge a criança profundamente e que implica um sofrimento que afecta a sua normal evolução psicológica. Assim, considera que a carência é um problema dos pais, dos filhos e da sociedade, sendo uma situação extrema que exige intervenções rápidas e decisivas, verificando a tendência de tratamento das situações de abandono ou de grave carência da relação familiar, de um ponto de vista predominantemente jurídico, com prejuízo das necessidades e dos direitos da criança a favor dos direitos da mãe.

A noção de separação da criança do seu núcleo familiar implica uma ruptura de um laço anteriormente estabelecido. Segundo Berger (1998) a separação pode dar-se por divórcio dos pais, por abandono dos progenitores ou separação judicial, utilizando o termo “patologia do vínculo”, que diz respeito à forma perturbada de organização da vida psíquica.

As classificações internacionais americanas (DSM-IV-TR, 2002), fazem referência à Perturbação Reactiva de Vinculação da Primeira Infância e do Início da Segunda Infância (F94.X), da seguinte forma:

A. Relações sociais acentuadamente perturbadas na maioria dos contextos e inadequadas para o nível de desenvolvimento do sujeito, com início antes dos 5 anos de idade, manifestadas por (1) ou (2):

(1) Incapacidade persistente para iniciar ou responder à maioria das interações sociais, de modo adequado à maioria das interações sociais, de modo adequado ao nível do desenvolvimento, manifestada por respostas excessivamente inibidas, contraditórias, hipervigilantes ou extremamente ambivalentes e

contraditórias (por exemplo, a criança pode responder às pessoas que tratam dela com um misto de aproximação, evitamento e resistência a ser consolada ou pode manifestar uma fria vigilância):

(2) Vinculações difusas manifestadas por uma sociabilidade indiscriminada com acentuada incapacidade para manifestar vínculos selectivos adequados (por exemplo, excessiva familiaridade com estranhos ou falta de selectividade na escolha das figuras de vinculação).

Tipo inibido: se o Critério A1 predomina na apresentação clínica

Tipo desinibido: se o Critério A2 predomina na apresentação clínica

C. Cuidados patogénicos manifestam-se pelo menos numa das seguintes características:

(1) Negligência permanente das necessidades emocionais básicas da criança relacionadas com o conforto, estimulação e afecto;

(2) Negligência permanente das necessidades físicas básicas da criança;

(3) Mudanças repetidas da pessoa que trata primariamente da criança, o que impede a formação de vínculos estáveis (por exemplo, mudanças frequentes dos responsáveis da criança).

D. Supõe-se que o tipo dos cuidados descritos no Critério C é responsável pelo comportamento alterado descrito no Critério A (por exemplo, as alterações no Critério A começaram após a instauração dos cuidados patogénicos que aparecem no Critério C).

Perspectivas sobre os Maus-tratos Infantis

O desafio de terminar com os Maus-tratos às crianças, é o desafio de quebrar a relação entre os problemas dos adultos e o sofrimento das crianças.

(Innocenti Report Card, Setembro de 2003)

Definição e Classificação

Em virtude do conceito de Abandono vir incluído na literatura nas definições de maus-tratos, recorreremos a essas definições.

Os maus-tratos apresentam-se como um fenómeno complexo e multifactorial, já que se trata de um conceito amplo, susceptível de análise e de classificação em função de vários critérios, dimensões e culturas. Assim, há alguma dificuldade em estabelecer uma definição consensual de mau trato infantil, entre os autores.

Gabel (1995, cit. por Ferreira, 2001) refere que algumas das dificuldades inerentes ao diagnóstico dos maus-tratos se prendem com a dificuldade em estabelecer a fronteira entre práticas educativas e punitivas e maus-tratos; o silêncio da criança e a negação do agressor; as reticências conscientes ou inconscientes de um grande número de profissionais em admitir que a criança apresenta são consequência de maus-tratos; a insuficiência de formação profissional e da capacidade de cada interveniente em avaliar as situações de maus-tratos; o grande número de intervenientes médicos, sociais e educativos em torno da família e a sua dificuldade em se coordenar para estabelecer um diagnóstico; o desconhecimento do sistema de protecção da criança.

Aber e Zigler, 1981; Cicchetti e Barnett, 1991 e Zuravim, 1991 (cit. por Canha, 2000), abordaram a heterogeneidade do fenómeno dos maus-tratos no que se refere à noção de maus-tratos, aos critérios de classificação, às causas e consequências e aos diferentes níveis profissionais relacionados com essa problemática (médico, legislativo, sociológico, investigativo, psicológico e de intervenção social).

Machado (1996), considera que uma dificuldade na compreensão e avaliação do fenómeno prende-se com o problema da avaliação do seu impacto específico, devido à sua frequente associação com outros factores negativos, como a pobreza, a desorganização familiar ou o isolamento social.

Para Coimbra, Faria e Montano (1990, p. 193), a violência pode ser definida como *“todas as acções dos pais, familiares ou outros que provoquem um dano físico ou psicológico, ou que, de algum modo, lesionem os direitos e necessidades da criança no que diz respeito ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afectivo. Compreende ainda a negligência definida como o conjunto de carências de ordem material e/ou afectiva que lesionem igualmente os direitos e as necessidades psicoafectivas e físicas da criança”*.

Para Kreisler (1995), maus-tratos são todas as violências físicas intencionais ou a abstenção voluntária de cuidados para com a criança, por parte dos pais ou adultos que a tenham a seu cargo, dos quais resultam danos, ofensas ou morte.

Segundo Magalhães (2002), os maus-tratos podem ser definidos como qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, inadequada, não acidental e reiterada,

resultante de disfunções e/ou carências nas relações que privam o menor dos seus direitos, afectando a sua saúde, desenvolvimento físico, psicológico e social e/ou dignidade.

Para Mc Gee & Wolf, 1991 (cit. por Figueiredo, 1998), *“numa perspectiva desenvolvimental, a adequação do comportamento dos pais é definida tendo em conta as necessidades desenvolvimentais da criança. Mesmo assim, alguns autores alertam que as diferenças individuais – que fazem com que o que pode ser considerado apropriado para uma dada criança não o seja para outra – devem igualmente ser tidas em conta”* (p.8).

O Comité Nacional para a Prevenção dos Maus-tratos nas Crianças dos EUA, considera que maus-tratos são “as lesões corporais não acidentais, as sevícias sexuais ou psicológicas, o abandono flagrante e a exploração das crianças, assim como qualquer acto que entrave o crescimento e o desenvolvimento físico e mental normal das crianças” (Sousa, 1995, cit. por Ferreira, 2001, p. 71).

À semelhança da heterogeneidade existente relativamente à noção de maus-tratos, o mesmo se passa em termos das suas classificações. No entanto, apesar da amplitude dos conceitos e das suas classificações, encontramos vários pontos de confluência na maior parte dos autores que citamos de seguida, tais como: violências físicas intencionais, abuso sexual, violências psicológicas ou morais, omissão ou inadequação dos cuidados, interferindo no normal desenvolvimento da criança.

Gabel (1995, cit. por Ferreira, 2001, p. 71), considera que todos os países avançados estão de acordo no que respeita a definir quatro formas de maus-tratos. São elas:

- Violências físicas, que se referem à abordagem médica das lesões traumáticas e, sobretudo, ao síndrome da criança batida. É o caso de fracturas ou queimaduras (violências físicas activas) ou estados de desnutrição com atraso de crescimento e ausência de cuidados (violências físicas passivas);

- Violências “psicológicas” ou “morais”, mais difíceis de evidenciar, uma vez que não deixam marcas físicas. Estão relacionadas com a rejeição, o desprezo, os comportamentos sádicos, as exigências desproporcionais para a idade da criança ou o abandono;

- Abuso ou violências sexuais, sendo necessário distinguir abuso intra-familiar (violação, incesto, prostituição) e extra-familiar (exibicionismo, pedofilia, pornografia). Trata-se da participação de uma criança ou de um adolescente menor em actividades que ainda não consegue compreender, com os pais ou adultos que detenham autoridade sobre ela.

- Violências institucionais ou negligências graves no seio de instituições que substituem os cuidados dos pais, como por exemplo o desprezo pela personalidade da criança, pela raça ou religião.

Sousa (1995, cit. por Ferreira, 2001) distingue as seguintes formas de maus-tratos:

- Maus-tratos físicos, segundo Beeckmans (1989, cit. por Sousa, 1995) incluem os actos cometidos por aquele que tem a criança a seu cargo e pressupõe contacto físico, resultando nela danos físicos. Englobam todas as formas de traumatismos não acidentais infligidos às crianças pelos pais ou por aqueles que assumem a responsabilidade da criança;

- Maus-tratos psicológicos, segundo Gabarino (1976, cit. por Sousa, 1995) são a destruição ou a deteriorização significativa das competências da criança. Este tipo de mau-trato está relacionado com práticas educativas e engloba interacções extremas

entre as figuras parentais e a criança, tais como a sobrevalorização ou desvalorização extrema da criança por práticas de punição, de reforço negativo ou positivo e ambiguidade de padrões de avaliação;

- Negligência ou sevícias por omissão dizem respeito, segundo Beeckmans (1989, cit. por Sousa, 1995), à negligência intencional das figuras parentais perante as necessidades primárias da criança;

- Abuso sexual, segundo Beeckmans (1989, cit. por Sousa, 1995), é todo o contacto entre um adulto e uma criança incapaz de dar o seu consentimento.

Canha (2000), descreve cinco tipos de maus-tratos:

- Maus-tratos físicos, que incluem a síndrome da criança abanada, queimaduras, fracturas, traumatismos crânioencefálicos, lesões abdominais, sufocação, afogamento e intoxicações provocadas;

- Negligência, que é uma forma frequente de mau trato, com graves repercussões para a criança, nomeadamente o risco de morte, acidentes, atraso de crescimento e de desenvolvimento e alterações de comportamento. Consiste na incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normais;

- Abuso sexual, que consiste no envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte;

- Mau trato psicológico ou emocional, definido como a incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados. Inclui a ausência de afecto, a hostilização verbal, a depreciação, as ameaças e humilhações frequentes ou situações grande violência familiar, que

originando um clima de maior tensão, terror ou medo, se repercute no comportamento, rendimento escolar, sono, controlo de esfíncteres ou outra actividade da criança.

- Síndrome de Munchhausen por Procuração, que constitui uma forma rara de mau trato e de grande dificuldade diagnóstica. Consiste na simulação de sinais e sintomas da criança, por um elemento familiar, com a finalidade de convencer a equipa médica da existência de uma doença, obrigando a hospitalizações frequentes, necessidades de investigação exaustiva e muitas vezes invasivas.

Magalhães (2002) considera, pela sua frequência e relevância, quatro formas de maus-tratos:

- Negligência, que se trata de um comportamento regular de omissão nos cuidados a ter com o menor, voluntário (com a intenção de causar dano) ou involuntário (resultante, em geral, da incapacidade dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados), do qual resulta um dano para a saúde e/ou para o desenvolvimento físico e psicossocial, já que não é proporcionada a satisfação das necessidades em termos de cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afecto, estimulação e apoio.

- Maus-tratos físicos, que se referem a qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, que provoque ou possa provocar um dano físico para o menor, que se pode traduzir em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou síndrome de Munchhausen por procuração (em que há uma simulação de sinais e doença, ficando a criança sujeita a exames e a tratamentos médicos, por invenção de uma história de doença ou pela acção directa do abusador (ex: ministrar uma droga para provocar a sintomatologia).

- Abuso sexual, que se traduz pelo envolvimento ocasional ou repetido do menor em práticas que visam a gratificação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele.

- Abuso emocional, que se refere a um acto intencional e inadequado, caracterizado pela ausência do suporte afectivo e do reconhecimento das necessidades emocionais do menor, do qual resultam danos para o desenvolvimento físico e psicossocial do menor. Pode manifestar-se através de insultos verbais, humilhação, ridicularização, desvalorização, hostilização, ameaças, indiferença, discriminação, rejeição, abandono temporário, culpabilização, críticas, envolvimento em situações de violência doméstica extrema e/ou repetida, etc.

Segundo Magalhães (2002), pode haver uma sobreposição de diferentes tipos de maus-tratos. Considera que todos os tipos de maus-tratos implicam abuso emocional, pelo que só deve ser considerado isoladamente quando constituir a única forma de abuso.

Aurora Pérez (1986) descreve quatro tipos de maus-tratos:

- Maus-tratos por injúrias físicas- este tipo de maus-tratos inclui o “Síndrome das Crianças Batidas”, que constitui uma emergência pediátrica quando a criança entra num serviço de urgência hospitalar. A criança apresenta lesões múltiplas, que não tiveram origem no mesmo espaço de tempo, tais como hematomas subcutâneos, fracturas com diversos graus de cicatrização nas costelas, queimaduras, deslocação das articulações, diversas lesões de pele, lábios, olhos e órgãos genitais.

Pérez, A. (1986), refere-se à discrepância notória entre os sinais que a criança apresenta e a versão que os pais relatam. Considera que o perigo para a organização psicológica reside em que a criança cresça com um tipo de vínculo em que o processo relacional se encontra perturbado e invertido, já que o sentido protector e

organizador do relacionamento se transformam em traumatizante. Corre-se o risco da criança se identificar com as figuras maltratantes, podendo vir a desenvolver também um quadro psicopatológico severo, podendo vir a tornar-se num adulto maltratante. As crianças apresentam-se normalmente nas consultas com um comportamento de retracção e apreensão, choro sem motivo aparente, agressividade e evitam falar sobre os pais ou sobre a família. Este tipo de maus-tratos pode conduzir à morte da criança, especialmente durante o primeiro ano de vida;

- Maus-tratos por abandono físico- este tipo de mau trato caracteriza-se pela negligência ao nível da alimentação, higiene, vestuário, assistência médica, escolaridade. As crianças podem ficar a cargo das suas próprias decisões, dormir fora de casa ou ser de facto abandonadas pelos pais, ficando a sua vida em risco. As sequelas emocionais provocadas pelo abandono físico manifestam-se ao nível do desenvolvimento emocional e da estruturação psicológica, podendo potenciar a delinquência;

- Maus-tratos por abuso sexual- o abuso sexual é exercido por um adulto sobre uma criança ou adolescente, numa relação de submissão. Este mau trato poderá ser detectado através de dificuldades na marcha, no sentar, por manchas de sangue na roupa, dor ou lesões na zona genital e/ ou anal. Na sequência do abuso sexual, a criança pode apresentar alterações no seu comportamento, tais como instabilidade emocional, empobrecimento das relações, regressões, actividades masturbatórias não habituais anteriormente, condutas bizarras a nível sexual, manifestando um conhecimento exagerado da actividade sexual, fugas de casa, etc. A estabilidade emocional da criança torna-se extremamente vulnerável na sequência deste tipo de mau trato e a identificação sexual pode ser afectada. De acordo com a personalidade da criança, podem ser despertadas eclosões psicóticas que podem comprometer a sua vida futura;

- Maus-tratos por abandono emocional- estão relacionados com a falta de interesse e de ligação do adulto pela criança. A criança pode apresentar atrasos ao nível do desenvolvimento físico e intelectual e podem observar-se hábitos perturbados, tais como tendência para morder, transtorno do sono, na alimentação, condutas agressivas e passivas, etc. Os pais agressores obrigam os filhos a obter ganhos como forma se gratificarem, existindo uma relação patológica e invertida. A criança cresce com medo dos pais, tornando-se insegura e susceptível ao erro.

Segundo Matos, C. (1997), o conceito actual de criança maltratada engloba fundamentalmente quatro condições: agressão física, violência psíquica, abuso sexual e negligência.

Mc Gee e Wolfe (1991, cit. por Figueiredo, 1998), os maus-tratos psicológicos serão todos os maus-tratos que implicam dimensões verbais e não verbais, como por exemplo expressões activas de rejeição, actos depreciativos, actos que provocam medo e ansiedade, actos que levam ao isolamento da criança, actos de exploração ou situações em que são negados os cuidados necessários ao desenvolvimento da criança.

Bowlby (1982, p. 129), refere-se a certos padrões típicos de parentalidade patogénica, que incluem as experiências a seguir descritas, perante a presença das quais podem levar uma criança, um adolescente ou um adulto, a viver em constante ansiedade, com medo de perder a sua figura de ligação e, por conseguinte, ter um baixo limiar para a manifestação de um comportamento de ligação. Esses padrões incluem:

- Ausência persistente de repostas de um ou ambos os pais ao comportamento eliciador de cuidados, da criança e/ou depreciação e rejeição marcada;

- Descontinuidades da parentalidade, ocorrendo mais ou menos frequentemente, incluindo períodos em hospital ou instituição;
- Ameaças persistentes por parte dos pais de não amar a criança, usadas como um meio para controlá-la;
- Ameaças, por parte dos pais, de abandonar a família, usadas ou como método de disciplinara a criança ou como uma forma de coagir o cônjuge;
- Ameaças por parte de um dos pais de abandonar ou mesmo de matar o outro, ou então, de cometer suicídio (estas ameaças são mais comuns do que se poderia supor);
- Indução de culpa à criança, afirmando que o comportamento dela é ou será responsável pela doença ou morte de um dos pais.

Em relação ao meio ambiente externo, segundo Bowlby (1982), o que importa é saber em que medida as frustrações e outras influências impostas por ele desenvolvem o conflito intrapsíquico de tal forma e com tal intensidade que o equipamento psíquico imaturo do bebê não possa regulá-la satisfatoriamente.

Etiologia dos maus-tratos infantis

A revisão da literatura sobre os maus-tratos infantis denota um grande interesse dos investigadores no estudo dos padrões de interacção nas famílias maltratantes.

As teorias derivadas da Psicologia Clínica, da Pediatria e da Sociologia, mostram resultados empíricos de investigações relativas à identificação de determinados factores de risco/ condições de vulnerabilidade para a ocorrência de maus-tratos, tais como as características dos pais, as características da criança e as características do contexto ambiental em que se processa a relação.

O comportamento interactivo das mães maltratantes tem vindo a ser essencialmente caracterizado por um padrão de hostilidade coberta e por uma acção que é intrusiva e interferente com os propósitos do bebé (Figueiredo, 1998).

Segundo Magalhães (2002), os factores de risco dos maus-tratos são quaisquer influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de tais situações. Resultam de estudos retrospectivos, desconhecendo-se ainda o grau de probabilidade de virem a constituir uma situação de risco.

A propósito da noção de “Factores de Risco”, segundo Marcellii (1998), denomina-se *factor de risco* todas as condições existenciais na criança ou no seu meio que acarretem um risco de morbilidade mental superior àquele observado na população geral por meio dos estudos epidemiológicos.

São factores de risco conhecidos actualmente, segundo Marcelli (1998):

- Na criança: prematuridade, sofrimento neonatal, gemelaridade, patologia somática precoce, separações precoces;
- Na família: separação parental, desentendimento crónico, alcoolismo, doença crónica, casal incompleto, óbito;
- Na sociedade: miséria sócio-económica, situação de migrante.

Os autores distinguem ainda os acontecimentos pontuais (tais como hospitalização, nascimento de um irmão, ...) das situações crónicas e duradouras (tais como clima familiar degradado, insuficiência sócio-económica, ...).

O conjunto dos “factores de risco” leva ao estabelecimento de perfis de risco. (...) *O estudo dos factores de risco apresenta um claro interesse epidemiológico, evidenciando factores psicossociais e sofrimentos psíquicos mas, ao contrário, tem um interesse restrito para a avaliação prognóstica de um indivíduo (...)* p. 292.

Segundo (Martinet, 2000) as situações de risco acompanham todo o período perinatal. Podem verificar-se no período pré-natal, por exemplo, a negação da gravidez; a sua não declaração; a não preparação da vinda da criança. No período pós-natal, quando a mãe volta para casa, o assumir da relação pais-criança pode em algumas situações evitar que os maus-tratos se instalem.

Para o mesmo autor, todas as disfunções interactivas, sejam quais forem as causas (podem depender da mãe ou da criança), criam nos pais uma ferida narcísica, acompanhada do sentimento de serem maus pais, enquanto na criança se desenvolve muito cedo o sentimento de ser má e indigna de ser amada. De tudo isto resulta um hiato relacional que pode desenvolver as condições que levem ao mau trato. É um círculo vicioso que se instala, gerando nos pais um sentimento de incapacidade que leva à depressão e à agressividade.

Investigações realizadas por Altemeier et al. (1979, 1984); Poweel (1980); Vietze et al. (1980); Daniel et al. (1983); Lutezker et al. (1984); Deykin et al. (1985); Webster-Srpton (1985), referem algumas características do adulto agressor, comuns aos sujeitos observados. Assinalam-se como os mais relevantes (cit. por Morais, 2001, p. 20): ter sofrido experiências de maus-tratos em criança, a presença de traços depressivos, um baixo nível de auto-estima e a escassa tolerância ao stress.

Segundo Kreisler (1995, cit. por Ferreira, 2001), as condições sócio-culturais devem ser compreendidas como elementos de facilitação e não como factores etiológicos exclusivos.

“(...) Muito embora o abuso e a negligência apareçam associados aos contextos de pobreza (Almeida et al., 1995; Straus & Geles, 1986), um elevado número de crianças que vive em condições sócio-económicas muito desfavorecidas não é maltratada e as situações de maus tratos estão representadas em todos os estratos sócio-económicos (Almeida, et al., 1995; Bizouard et al., 1991; Knutson, 1995), pelo que a associação entre nível sócio-económico e maus tratos infantis não é directa. As perspectivas que valorizaram a importância das variáveis sociais, tais como a pobreza, embora consigam explicar uma parte razoável dos casos de maus-tratos, não conseguem explicar os maus-tratos que se verificam nas classes sociais médias e elevadas. A negligência parece ser o tipo de maus-tratos que mais se associa ao baixo estato sócio-económico da família. (Drake & Pandey, 1996; Egami, Ford, Greenfield, & Rosa, 1996)” (cit. por Figueiredo, 1998, p. 12).

Segundo Canha (2000), são situações precipitantes do mau-trato a perda do emprego, o agravamento das dificuldades económicas, a morte de um familiar, o diagnóstico de uma doença grave num familiar, a separação ou divórcio dos pais, depressão da mãe ou qualquer outro acontecimento que perturbe o já instável equilíbrio familiar. Estes factores, conjuntamente com a tolerância cultural face ao

castigo físico, que continua a ser aceite como um método legítimo de educação, contribuem para o aparecimento da violência intrafamiliar.

Para Seabra Diniz (1993) a dificuldade de amar é um problema humano que se pode ver em todos os níveis sócio-económicos, considerando que as carências materiais podem ter uma influência considerável no seu agravamento, mas não o determinam necessariamente.

Milner e Dopke (1997, cit. por Figueiredo, 1998), baseados na revisão de estudos empíricos, salientam que certas características dos pais propiciam que sejam maltratantes, tais como circunstâncias biológicas (factores psicofisiológicos como a reactividade ao stress), cognitivo-emocionais (como a auto-estima, força do ego, percepções relativas ao comportamento da criança, expectativas relativas ao comportamento da criança, psicopatologia, afectividade negativa) e comportamentais (isolamento, dificuldades na interacção com a criança, uso de álcool e/ou drogas).

Outros estudos apontam para que as crianças cujos pais têm determinadas perturbações psicopatológicas – desordem de personalidade anti-social, abuso de substâncias psicoactivas, sintomatologia depressiva- estão particularmente em risco de serem vítimas de maus tratos (Almeida et al., 1995; Arrubarrena, & Paul, 1992; Bizouard, Nezelof, & Bonnet, 1991; Chappin, Kelleher, & Hollenberg, 1996; Egami, e tal., 1996; Éthier, Lacharité, & Couture, 1995; Kotch et al., 1995). Por outro lado, outros estudos mostram que quando a doença mental dos pais se associa à presença de maus-tratos, os efeitos sobre o desenvolvimento da criança estão aumentados (Walker, Downey, & Bergman, 1989).

A importância do estado de saúde mental dos pais na ocorrência dos maus-tratos infantis têm, contudo, vindo a diminuir, uma vez que a investigação tem tido dificuldade na identificação de um tipo particular de psicopatologia que seja por si só responsável pelas situações de maus-tratos observados (Emery, 1989; Knutson, 1995).

Nesta perspectiva, Fernandes (2000) defende que os casos de violência não são necessariamente, inerentes à patologia mental, pois não são os doentes mentais, as pessoas que mais frequentemente cometem actos de violência. Os casos de violência perpetrados por doentes mentais, não são mais do que a ponta visível do iceberg que envolve a na sua base as pessoas consideradas normais.

De entre as diferentes entidades nosológicas psiquiátricas ligadas aos actos de violência, podem citar-se a esquizofrenia, as perturbações da personalidade do tipo anti-social, a toxicod dependência, o alcoolismo crónico, bem como situações clínicas que envolvem indivíduos com retardamento mental.

Para além das patologias que se enquadram no âmbito da psiquiatria propriamente dita, há outras situações clínicas que podem levar ao cometimento de actos de violência, mas que não estão relacionadas com a neuropsiquiatria por reflectirem doenças cerebrais crónicas, como a epilepsia, a demência e a doença de Parkinson".

Figueiredo (1998) refere que a ocorrência de maus-tratos não pode provavelmente ser explicada com o recurso exclusivo a variáveis de ordem individual. Ainda assim, Kreisler (1995, cit. por Ferreira, 2001) distingue dois tipos de condições psicológicas dos sujeitos maltratantes:

- Descompensações episódicas, muitas vezes associadas a condições familiares precárias, exclusão social, nascimento inoportuno do filho, alcoolismo,

enfraquecimento psicológico e moral de muitas mulheres após o parto. Trata-se de personalidades frágeis, em que há uma incapacidade passageira de investir no seu filho. Os maus-tratos são episódicos e irregulares;

- Personalidades portadoras de graves anomalias caracteriais, sendo os traços mais evidentes a falta de afectividade (transitória ou permanente), a ausência de culpa e de tolerância à frustração. A fragilidade e a impotência física e psíquica será compensada por passagens ao acto através de violência física e/ou verbal.

Reid, Kavangh e Baldwin (1987, cit. por Morais, 2001) mostraram que os pais que maltratam os seus filhos, frequentemente percebem incorrectamente as suas capacidades reais, quer se trate de capacidades intelectuais, como de controlo de impulsos agressivos ou de hiperactividade.

Azar, Robinson, Hekemian e Twentyman, 1984; Bauer e Twentyman, 1985; Twentyman e Plotkin, 1982 (cit. por Morais, 2001), verificaram que os agressores são frequentemente pessoas imaturas e impulsivas, o que tem como consequência terem percepções e expectativas erradas face à conduta infantil. Analisam o comportamento da criança como se esta fosse mais velha, atribuindo-lhe uma intencionalidade e esperando dela mais do que a sua idade permite.

"(...) Haverá uma grande probabilidade de também os pais agressores terem sido objecto de cuidados maternos e paternos inadequados, tendo sido mesmo maltratados, podendo assim falar-se num ciclo transgeracional. É como se os pais estivessem condenados a repetir com os seus filhos as dificuldades por que eles próprios passaram enquanto crianças, parecendo o "amor mais frágil que o esquecimento ou que o perdão" (Strecht, 1998, p.61). Esta conduta agressora indica

uma deficiência na qualidade maternal, nas vivências da primeira infância dos pais" (Ferreira, 2001, p. 79).

Alguns estudos concluem que a probabilidade da criança ser vítima de maus-tratos aumenta quando ambos os pais foram vítimas de abuso durante a infância (Zaidi et al., 1989, cit. por Figueiredo, 1998a).

Algumas circunstâncias parecem tornar a criança mais vulnerável aos maus-tratos. Autores como Frodi & Lamb, 1980; Vietz et al., 1980; Kempe & Kempe, 1979; Lebovici, 1983; Felthous, 1984 (cit. por Morais, 2001), referem que existem determinadas condições vulneráveis aos maus-tratos, tais como a prematuridade e o baixo peso à nascença.

Figueiredo (1998), refere-se ainda a problemas médicos à nascença, na medida em que interferem negativamente na competência do bebé para entrar em contacto com os pais e podem dificultar a tarefa de certos pais para lidar adequadamente para se envolver afectivamente com o bebé. Por sua vez, as dificuldades temperamentais ou a presença de deficiência podem ser igualmente factores de risco. Outro factor parece ser a incapacidade da criança satisfazer as expectativas dos pais.

A parentalidade precoce também pode contribuir para uma falta de recursos de "coping" adaptativos às situações mais exigentes (Wolfe 1988; Carson, 1987; Fuster e al., 1988, cit. por Machado, 1996).

Figueiredo (1998) refere que as características da criança tanto podem ser antecedentes como consequentes ao facto da criança ser maltratada; assim como podem ser a causa das circunstâncias que geralmente acompanham os maus-tratos infantis.

Matos, C. (1997) refere-se ao resultado do estudo psiquiátrico dos pais maltratantes e negligentes, o qual revela a sua imaturidade afectiva e irresponsabilidade/incompetência parental. Revela ainda uma porção psicótica da personalidade, não contida pelos mecanismos de defesa e nível neurótico (recalcamento, deslocamento e formação reactiva - defesas e tipo histérico, fóbico ou obsessivo) e/ou canalizada a sua energia agressiva pelos processos de sublimação. Revela, outras vezes, um núcleo depressivo de tipo melancólico não elaborado e que se manifesta pela inversão sádica, sobre o mais fraco, do masoquismo essencial ou primário.

Do ponto de vista dos mecanismos psíquicos envolvidos na violência dos pais para os filhos, ela é, por outro lado, a repetição, por identificação ao agressor, dos maus-tratos e negligência a que foram submetidos na sua infância pelos seus próprios pais. Isto é, o pai batedor foi em regra uma criança batida e o pai abandonante foi em regra uma criança abandonada.

Trata-se de um comportamento transgeracional, resultado de um processo de aprendizagem indirecta da agressão, por identificação com o agressor. Há, por outro lado, uma aprendizagem directa da conduta agressiva. A criança batida tem medo e obedece e como foi batida mas não abandonada (aquilo que mais teme), faz a aprendizagem directa do masoquismo. O adulto vê que a sua estratégia agressiva revela resultados e repete-a (Coimbra, M., 1997).

Há ainda um outro mecanismo psíquico na violência dos pais para os filhos: a necessidade de reprimir a emergência (retorno à consciência) de uma situação infantil traumática e recalcada, cuja recordação o comportamento do filho, por semelhança ou contraste, reactiva (A. Coimbra de Matos, 1991). O adulto-pai, numa atitude súbita e violenta,

reprime a conduta do filho para impedir em si próprio o retorno do recalcado, a reactivação da memória intolerável. Exemplo: um pai, na sua infância, agredia violenta e cruelmente o irmão mais novo, o que lhe provocou uma enorme culpa, que mantém mais ou menos recalcada; a cólera que lhe desperta ver o seu próprio filho agredir o irmão e a violência com que o castiga servem para impedir o retorno da sua própria e intolerável culpa. (...) Este mecanismo, menos conhecido, é de um significado essencial para a compreensão do comportamento maltratante dos pais (Matos, C., 1997, p.39).

Face ao exposto, pode-se verificar que o mau trato infantil é um sintoma de disfunção relacional, de desorganização familiar, uma vez que se trata de actos comunicativos desadequados, fruto de interacções internas e externas que se encontram a nível geracional, a nível da relação do casal e que se repercutem na relação pais/ filhos.

Perspectivas sobre as consequências Psicológicas/ Traumáticas

“(...) Apesar de não ser detectável como lesão aos raios X, um abandono é sempre um mau trato violentíssimo que deixa sequelas, para sempre (...)”

(Sá, E., 2002, p.50)

A noção de privação/carência de cuidados maternos não designa somente uma falta quantitativa de interação mãe-criança, mas abrange igualmente uma insuficiência relacional qualitativa, ou seja, uma inadequação da resposta parental às necessidades da criança. Assim, abordaremos os efeitos psicológicos das diversas situações traumáticas, não perdendo de vista que os mesmos não são uniformes. Segundo Soulé, Lauzanne e Leblanc (1995), esses efeitos são variáveis consoante o tipo de carência, o seu grau, a história da criança e a resposta dos pais ou dos meios de substituição mais ou menos provisórios.

O estudo das diversas situações, cuja existência e natureza, poderá originar perturbações específicas na criança, levou Marcelli (1998) a definir noções importantes, como as de trauma psíquico, de distúrbios reactivos, de factores de risco e de vulnerabilidade. Assim, a propósito da noção de trauma, o autor considera que serão chamadas de *traumáticas*, as situações que se enquadrem numa das duas seguintes naturezas:

- Situações de natureza ou de intensidade tais, que ultrapassem as capacidades adaptativas do Eu da criança, o que exemplifica com a existência de uma separação brutal e prolongada da mãe, entre 6 e 8 meses;
- Situações externas que entram em ressonância com os desejos ou temores fantasmáticos actuais da criança em função do seu nível de maturação, o que

exemplifica com a existência de um desentendimento ou separação parental em pleno período edipiano, que pode ir directamente ao encontro do desejo edipiano e suscitar uma intensa culpa, podendo provocar uma regressão ou mesmo uma grave desorganização.

A propósito da noção de Distúrbios Reactivos, Marcelli (1998) considera que o acontecimento e as manifestações reactivas devem ser observados numa causalidade linear com uma concomitância de tempo e de intensidade. Fala-se em distúrbios reactivos na clínica infantil, quando *não há organização patológica estruturada de tipo neurótico, mas os problemas constatados vão além da simples "variação do normal" (Lebovici e Diatkine). Além disso, "o distúrbio reactivo constitui uma resposta actual" (Misès) cujo futuro não se pode prejudicar (Soulé)* Marcelli (1998, p.290).

A noção de factores de risco foi referida anteriormente, quando abordámos os aspectos epidemiológicos dos maus-tratos infantis. A noção de competência *representa as capacidades de adaptação activa do lactente ao seu meio e a vulnerabilidade (ou invulnerabilidade), que resulta das suas capacidades de defesa passiva* (Marcelli, 1998, p.294).

Os efeitos da carência afectiva variam de acordo com algumas variáveis que revelam uma diversidade semiológica evolutiva e prognóstica observada: a natureza da carência afectiva (insuficiência, descontinuidade ou distorção), a sua duração, a idade da criança e a qualidade da maternagem que a precedeu (Marcelli, 1998).

Diversas investigações contribuíram para fazer evoluir a concepção dos modos de olhar a criança e para aprofundar as consequências das experiências traumáticas.

Esposa Maria de Lutz,

Por favor me diga como fazer de Machado e
ouvidor. As coisas que adiver consigo.

Obrigado,

Diogo Almeida

Bowlby (1981), baseando-se em provas experimentais, defende que existem demonstrações muito claras de que, quanto mais longa a privação, mais acentuada a queda no desenvolvimento da criança e que, mesmo quando uma criança permanece numa instituição, os efeitos prejudiciais podem ser diminuídos através de cuidados maternos extra, prestados por uma substituta. Refere, a este propósito, um estudo realizado com dois grupos de crianças de dois anos que viviam na mesma instituição, em que um deles recebeu pouco carinho (embora fosse adequadamente cuidado em todos os outros aspectos) e o outro contou com uma “prestadora de cuidados” para cada criança, não lhe faltando afecto. Verificou-se que, após seis meses, o primeiro grupo se apresentava mais atrasado física e mentalmente, em comparação com o segundo.

Bowlby (1982) descreveu, em termos de efeitos a curto prazo e com base nos trabalhos de Harlow, as reacções das crianças pequenas a uma separação da mãe, referindo que na idade mais sensível, situada entre os 5 meses e os 3 anos de idade, se observa, após uma separação, a seguinte sequência comportamental, de acordo com a atitude dominante da mãe: Fase de protesto, Fase de desespero e Fase de desligamento:

“(...) Primeiro com lágrimas e raiva, o bebé exige que a sua mãe regresse e parece ter esperança de conseguir reavê-la. Esta é a fase de protesto, e pode durar vários dias. Depois, torna-se mais calmo, mas para um observador perspicaz, é evidente que o bebé continua tão preocupado quanto estava antes com a ausência da mãe e ainda anseia pelo seu regresso; mas as suas esperanças dissiparam-se e ele entra na fase de desespero. Essas duas fases alternam-se frequentemente: a esperança converte-se em desespero e o desespero em renovada esperança. Finalmente, porém, ocorre uma mudança maior. O bebé parece esquecer a sua mãe, de modo que, quando ela regressa, permanece cuidadosamente desinteressado e,

inclusive, pode parecer que não a reconhece. Esta é a terceira fase- a do desligamento. Em cada uma destas fases, a criança é propensa a birras e episódios de comportamento destrutivo. Muitas vezes, de um tipo inquietamente violento (...)" (Bowlby, 1982, p. 45).

Para Bowlby (1982), a sequência de respostas descrita é característica de todas as formas de luto. *Após uma perda inesperada, parece haver sempre uma fase de protesto, durante a qual a pessoa que sofreu a perda se empenha na realidade ou em pensamento e sentimento, em recuperar a pessoa perdida e a recrimina pela sua deserção. Durante esta fase de desespero e a seguinte, os sentimentos são ambivalentes, enquanto que o estado de ânimo e a acção variam entre uma expectativa imediata, expressa numa intimação raivosa para que a pessoa regresse, até um profundo desespero, expresso em suspiros contidos - ou até mesmo inexprimindo. Embora a esperança e o desespero alternados possam continuar por muito tempo, acabará por se desenvolver um certo grau de desligamento emocional da pessoa perdida. Após ter passado pela desorganização da fase do desespero, o comportamento nesta fase reorganiza-se com base na ausência permanente da pessoa (...). Se este ponto de vista é correcto, as reacções de crianças pequenas, ao serem removidas para um hospital ou instituições, devem ser simplesmente consideradas como variantes de processos básicos de luto. Parece que os mesmos tipos de respostas ocorrem, na mesma sequência, independentemente da idade.*

A propósito dos efeitos da separação da mãe sobre uma criança pequena, Bowlby (1982), refere-se a um estudo de Heinicke (1956), no qual comparou as respostas de dois estudos de bebés entre 15 e 30 meses de idade. Um grupo estava numa instituição residencial e o outro numa creche diurna. *Embora as crianças de ambos os grupos mostrassem preocupações em recuperar os pais perdidos, os da*

instituição residencial expressaram seus desejos com muito mais choro - em outras palavras, mais intensamente; do mesmo modo, as crianças da instituição residencial, e não as da creche, foram as que, em várias situações, se mostraram propensas a agir de forma violentamente hostil. Embora seja apenas uma inferência, que essa hostilidade é inicialmente dirigida contra os pais ausentes, certos dados desse estudo estatisticamente fundamentados são compatíveis com a hipótese formulada há alguns anos (Bowlby, 1944), de que um dos principais efeitos da separação mães - criança é uma grande intensificação do conflito de ambivalência (p. 11).

A revisão de Youngblade & Belsky (1990, cit. por Morais, 2001) de um conjunto de onze trabalhos sobre a conduta de apego de crianças vítimas de maus-tratos, revela a convergência de resultados: as crianças vítimas de maus-tratos classificam-se numa forma significativa na categoria de apego inseguro comparativamente com as crianças que não foram vítimas de maus-tratos.

As crianças com vinculações seguras, de acordo com os trabalhos de Ainsworth, *“estão naturalmente mais aptas a gostar de ir à escola, aprender, brincar, receber e visitar amigos, e um dia namorar, casar, terem a sua família organizada, unida de forma harmónica e saudável, pois têm uma confiança básica em si e no mundo”* (Strecht, 2002, p. 58).

Desta forma, para Ainsworth (1962, cit. por Soulé, Lauzanne & Leblanc, 1995), quanto mais curto for o período de carência, maior a probabilidade do desenvolvimento posterior ser normal. As frustrações graves e prolongadas vividas durante os primeiros anos de vida, afectam a função verbal, seja atrasando a aparição da linguagem, seja provocando uma regressão das capacidades linguísticas. Esta regressão também é, muitas vezes, evidente no domínio motor, emocional e

esfincteriano, levando a uma regressão do Eu em formação. Mais tarde, será a função de abstracção, suportada pela linguagem, que será afectada. Estas crianças revelam-se muito dependentes do agora e do real. Não introjectaram nenhuma imagem estável estruturante que lhe desse um sentimento de continuidade, suporte indispensável para toda a actividade de jogo solitário. Têm dificuldades na distinção entre si, o outro e o mundo exterior, a sua organização espacio-temporal é precária e os seus limites restritos. As capacidades de imitação e de identificação são pobres devido à fragilidade do Eu, pouco flexível, o que compromete a aquisição da linguagem e, logo, se torna um obstáculo ao acesso à comunicação simbólica e ao funcionamento secundário. A eficiência intelectual encontra-se diminuída por um grande investimento narcísico. Apenas uma relação estável evita à criança uma destruição narcísica.

As sequelas afectivas a curto prazo podem persistir ou mesmo evoluir: a criança tem um comportamento adesivo em simultâneo à mudança constante de objecto afectivo, o que compromete seriamente o contra-investimento do meio. Há uma predisposição para o desenvolvimento somático (Soulé, Lauzanne & Leblanc, 1995).

Bowlby (1981) considera que as separações e a privação nos primeiros meses de vida, são menos importantes para o bem-estar da criança do que nos posteriores. Sugere que as separações que parecem ser mais prejudiciais, são as que ocorrem após os seis meses de idade, seguindo-se as que ocorrem após os doze meses. Na sua opinião, os efeitos das carências dos cuidados maternos, sejam por insuficiência, descontinuidade ou distorção, variam quanto ao seu grau e quanto à sua natureza. A privação parcial origina na criança angustia, uma exagerada necessidade de amor, sentimentos de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão. A privação total poderá incapacitar a criança de estabelecer relações com outras pessoas, levando-a

mais tarde, a reagir de forma anti-social a situações de tensão. Para o autor, podem haver ainda consequências negativas sobre os processos intelectuais (linguagem e abstracção) e sobre os processos de personalidade (capacidade de estabelecer e manter relações interpessoais profundas e significativas e capacidade de controlar os impulsos).

Na perspectiva de Bowlby (1982), uma falha no desenvolvimento na infância ou um transtorno subsequente pode reflectir-se em distúrbios da capacidade para o estabelecimento de vínculos afectivos e, mais tarde, em distúrbios da personalidade, embora o rompimento dos vínculos não seja a única adversidade que o ambiente pode apresentar. Defende também a existência de uma relação causal entre a perda dos cuidados maternos nos primeiros anos de vida e o desenvolvimento da personalidade perturbada, pelo que muitos desvios comuns parecem resultar de uma experiência desse género, desde a formação do carácter delinquente até uma personalidade propensa aos estados de ansiedade e doença depressiva (Bowlby, 1982).

A propósito das condições que não promovem a auto-confiança, Bowlby (1982, p. 117), refere que “(...) *uma experiência de separação ou perda, ou ameaças de separação ou perda, especialmente quando usadas pelos pais como sanções para induzir o bom comportamento, podem abalar a confiança de uma criança nos outros e em si mesma, acarretando assim um ou outro desvio do desenvolvimento óptimo - a falta de confiança em si mesma, a ansiedade ou depressão crónica, o não-envolvimento distante ou a independência arrogante que soa a falso.*

Uma auto-confiança bem fundamentada, podemos concluir, é, geralmente, o produto de um crescimento lento e não reprimido, da infância até a maturidade,

durante o qual, através da interacção com outros, incentivadores e confiáveis, a pessoa aprende a combinar a confiança nos outros com a confiança em si mesma”.

Diversos autores concordam que o desenvolvimento de um *falso-eu* tem a sua origem na infância, nos cuidados maternos “suficientemente bons” que a criança não recebeu (Bowlby, 1982; Winnicott, 1965). Na opinião de Winnicott (1989), as crianças desenvolvem um *falso-self*, ou seja, um lado falsamente independente, como forma de sobreviver. Embora se considere que em todos os indivíduos se possa encontrar uma adaptação de superfície, o grande risco está quando o *falso-self* se desenvolve por uma sensação de irrealidade ou de ameaça permanente, pois não poderá haver evolução psíquica. Strecht (1997) refere que organização psíquica demonstra, muitas vezes, uma fragilidade do Eu (falhas depressivas precoces e primárias), uma fragilidade narcísica, predominando o agir como uma tentativa de sobrevivência do *self*.

Segundo Silva (1990), quando ainda não existe um laço estabelecido, a perda da mãe representa essencialmente uma privação de estímulos. A partir desta idade, o bebé já estabeleceu um laço de vinculação. A perda da mãe irá consistir numa ruptura de um laço afectivo e os estímulos sensoriais passam para segundo plano. Refere-se ao trabalho realizado por Bowlby (1965) para a OMS, sobre os cuidados maternos e a Saúde Mental, do qual se extraem algumas conclusões:

- Os efeitos da privação total são um risco acentuado para todas as crianças com menos de sete anos. Como ele refere, «o bebé que sofre privação pode deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando alguém brinca com ele, pode ficar inapetente ou, apesar de bem nutrido pode não engordar, pode dormir mal e não mostrar iniciativa.»

- Quanto mais longa for a privação, mais acentuada a queda no desenvolvimento da criança. Por outro lado, «mesmo quando uma criança permanece na instituição, os efeitos prejudiciais podem ser diminuídos através de cuidados maternos extra, prestados por um substituto».
- Bowlby chamou a atenção para que, apesar da rápida recuperação do estado da criança, quando volta de novo ao contacto com a mãe, não é de excluir a permanência de uma certa fragilidade perante futuras situações de separação. Parece igualmente existir um limite (três meses) para além do qual se verifica uma «mudança qualitativa após a qual a recuperação dificilmente é completa».

Até aos três a cinco anos ainda existe um risco sério de ocorrerem danos psíquicos por falta de cuidados maternos. Uma separação prolongada, iniciada por volta dos três anos de idade, tem efeitos negativos sobre o funcionamento intelectual e sobre a personalidade, sendo muito resistente a uma recuperação. Dificilmente as crianças conseguem estabelecer laços afectivos com outras crianças ou adultos. A separação após os três/quatro anos de idade leva a uma necessidade excessiva de afecto, que provoca um intenso conflito interno, tristeza e atitudes sociais negativas. Após os cinco anos o risco começa a diminuir e quando as crianças são mais velhas, quanto melhor tiver sido a relação das crianças com a mãe, melhor será a sua tolerância à separação. Existem fortes razões para acreditar que a separação prolongada de uma criança da sua mãe nos primeiros cinco anos de vida é essencial nas causas de desenvolvimento de uma personalidade delinvente (Bowlby, 1981). Também Winnicott (1969) teorizou acerca da delinquência ligada à carência materna precoce.

Em termos dos efeitos a longo prazo, Pinto (1982) refere-se à relação evidenciada por Bowlby entre a privação materna e as desordens na conduta, na

personalidade, na linguagem, na cognição e no crescimento físico, bem como a depressão em adultos.

As crianças que são separadas dos seus pais apresentam frequentemente uma diminuição na capacidade de concentração, apatia, mau humor, extrema dependência da figura materna (Bowlby, 1981), bloqueio no desenvolvimento afectivo e cognitivo, sintomatologia depressiva, dificuldades de adaptação à escola, perturbações do comportamento, como a agressividade ou a hiperactividade (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991), perturbações psicossomáticas, dificuldades de alimentação ou dificuldades na linguagem, desespero, raiva ou vergonha (Berger, 1998).

A principal “complicação” da depressão duradoura reside na repercussão escolar. O fracasso escolar e, em menor medida, o desinteresse ou o desinvestimento escolares são muito frequente (Marcelli, 1998, p. 253).

Segundo Berger (1998, cit por Ferreira, F., 2001, p. 63), “(...) devido às condições que precederam a separação, surgem dificuldades ao nível da actividade de representação e de simbolização, ao nível da elaboração do pensamento e da capacidade de compreender a sequência de acontecimentos, do esquema corporal e da noção de espaço e de tempo, afectando a capacidade de aprendizagem da criança.

Ao mesmo tempo, surge uma necessidade de contacto físico com o(s) pai(s) ausente(s), já que a capacidade de pensar no outro ou nos objectos ausentes não foi adquirida, o que torna impossível à criança suportar a separação. Predomina, por isso, o funcionamento de colagem perceptiva, ou seja, a criança cola-se permanentemente a um adulto, pois o mundo em que viveu não reflectiu uma imagem valorizada de si própria; ela não recebeu uma dose suficiente de narcisismo, donde

resulta uma ferida na auto-estima e instala-se um sentimento crónico de depressão e de vazio “.

As crianças maltratadas estão, assim, em risco de desenvolver modelos globais negativos, quer a respeito de si próprias quer a respeito da sua relação com os outros. Os estudos empíricos mostram que os modelos internos reflectem a insegurança e o medo, originados na relação com os pais. Mostram ainda que as crianças maltratadas levam, para a sua relação com os outros, o conflito de aproximação - evitamento originariamente vivenciado com os pais, o que resulta em padrões muito desajustados de relacionamento (Figueiredo, 1998 a).

Associados aos maus-tratos físicos e emocionais emergem na criança problemas de comportamento, mais particularmente a agressividade dirigida aos outros (Crittenden, Claussen & Sugarman, 1994), comportamento disruptivo e deficit de atenção (Aber e tal, 1989; Crittenden, 1998; Rogeness, Amurung, Macedo & Hariis, 1986; Salzinger e tal., 1984; Walker et al., 1989, cit. por Morais, 2001). Outros autores dão conta de uma forte associação entre o abuso da criança e o subsequente desenvolvimento de baixa auto-estima e depressão (Kaufman, 1981; Kaufman & Crittenden, 1989; Toth & Cicchetti, 1996, cit. por Morais, 2001).

Ferreira, T. (cit. por Strecht, 1997) considera que nas crianças que vivem precocemente experiências continuadas de agressão por parte dos pais e que desconhecem outro modelo de relação, se observa por vezes um diagnóstico de depressão. Os níveis depressivos encontrados dizem respeito a falhas narcísicas (auto-estima) em etapas precoces do desenvolvimento. A autora considera também que *“pais suficientemente maus, os que exageram na dose de amor - super-*

protecção, ou de ódio - abandono, funcionam como bloqueadores, destabilizadores do pensamento, da vida fantasmática da curiosidade, do desejo de «conhecer» “ (Ferreira, T., 2002, p. 39).).

A persistência dos maus-tratos provoca modificações importantes da personalidade da criança. A tendência depressiva pode desenvolver-se e a criança constrói uma imagem desvalorizada de si própria, justificando secundariamente a seus olhos os maus-tratos dos quais é objecto: «sou mau... é pois normal que me batam». Fecha-se então numa conduta de insucesso que vem confirmar para ela como para os pais o sentimento de não valor e de incapacidade (Martinet, 2000).

A longo prazo, o futuro da criança vítima de maus-tratos depende de numerosos factores. Do ponto de vista psiquiátrico, o prognóstico depende da precocidade das medidas terapêuticas preconizadas. A sua ausência ou atraso pode levar a patologias de personalidade. Num variado número de casos, a criança vítima de maus-tratos, será também maltratante, quando adulto (Martinet, 2000, p. 72).

Matos, C. (1997) salienta as consequências dos maus-tratos infantis, que condicionam a interacção entre o pai maltratante e o filho maltratado e nas quais se observa:

- “Uma relação sado-masoquista, em que ao pai sádico corresponde e responde o filho masoquista, que sofre, se submete e deprime (depressão de culpa - interiorizando a culpa que o agressor nele projecta "identificação ao agressor", no sentido que lhe foi dado por Ferenczi - assumindo a culpa do agressor - e depressão de inferioridade, por lesão da auto-estima). É, portanto, uma relação depressígena. Como em toda a relação sado-masoquista, o elemento mais fraco - a criança - faz "provocações masoquistas": respostas agressivas ao agressor, que desencadeiam uma maior

raiva e agressão por parte deste (daí o falar-se de "provocação masoquista", quando no fundo é uma tentativa de vingança e retaliação); desloca também a agressividade para outro ser mais fraco - sadismo e crueldade para seres mais débeis e indefesos: crianças mais pequenas, animais; descargas agressivas e destrutivas sobre objectos inanimados - actividade elástica; ataque e destruição de símbolos ou representações do poder, como destruição de imagens religiosas - iconoclastia.

- *Uma relação de expoliação narcísica, em que a criança se esvazia narcisicamente;*
- *Uma relação em que predomina a agressividade sobre a libido;*
- *Uma relação infeliz e que se alimenta da própria infelicidade: ambos se queixam e ambos sofrem" (Matos, 1997, p. 41 e 42).*

Para Matos, C. (1997) a relação anómala que se estabelece e desenvolve é um modo relacional a que a criança se habitua, que espera e até provoca, pois é a forma de obter a atenção e o interesse do pai e/ ou de apaziguar a sua fúria. O masoquismo é um pedido de afecto (Nacht, 1938) e a cedência à castração para evitar a morte (Relch, 1933). Salienta ainda que a criança sujeita a sevícias sofre, para além do mais, uma severa lesão da auto-estima, deixando um maior ou menor núcleo depressivo e de vulnerabilidade psíquica.

A principal "complicação" da depressão duradoura reside na repercussão escolar. O fracasso escolar e, em menor medida, o desinteresse ou o desinvestimento escolares são muito frequente (Marcelli, 1998, p. 253).

O Episódio Depressivo da Criança, de acordo com o Manual de Psicopatologia da Criança de Ajuriaguerra (Marcelli, 1998), decorre de um acontecimento com valor de perda ou de luto, podendo por vezes tratar-se de um acontecimento que, aos olhos

dos adultos, pode parecer insignificante, mostrando-se o comportamento da criança claramente modificado em relação à situação anterior.

Manifestações ansiosas, distúrbios de comportamento exacerbados, condutas de tipo oposicional ou delinquente (fuga, roubo, ...), podem pouco a pouco, instalar a criança na “doença depressiva”.

Podem ser percebidos alguns sinais depressivos, que, isoladamente, não significam necessariamente um episódio depressivo, mas cuja conjugação (de cinco a seis sintomas), permanência no tempo e modificação comportamental, são característicos:

- Abrandamento psicomotor e inibição psicomotora, marcados por uma certa lentidão, um aspecto quase “envelhecido”, um rosto pouco expressivo, pouco móvel e pouco sorridente;
- Indiferença e submissão ou agitação
- Instabilidade e oposição
- Falta de interesse, perda da auto-estima, desvalorização
- Dificuldade de pensar, de ficar atenta, o que leva ao fracasso escolar
- Distúrbios do apetite
- Dificuldades em conciliar o sono
- Ideias de morte

“(...) O sofrimento depressivo na infância e adolescência expressa-se em vários sinais e sintomas, que são variáveis conforme a idade, o sexo, e outras condicionantes, como as familiares e as sociais. (...). Existem vários níveis depressivos. O traço comum às organizações depressivas é a falha narcísica, a frágil auto-estima, a imagem negativa e distorcida de si próprio” (Strecht, 2002, p. 130).

Reflectindo sobre a infância não vivida ou inacabada, Matos, C. (1995) refere que, nesses casos, duas das seguintes situações irão suceder: será uma infância eterna ou não ficará dentro de nós a criança que precisa continuar a viver em adultos. O autor aponta, como razões possíveis para que a infância não se viva ou não se acabe, o excesso de obrigações a que a criança, muitas vezes, é sujeita e uma carência afectiva crónica. Não ter tido a experiência suficiente porque não partilhou, não participou suficientemente com os adultos – trata-se de uma carência relacional; a experiência relacional durante a infância proporciona que a criança se aproxime dos adultos e é nessa aprendizagem que vai estruturar sentimentos importantes, tais como o sentimento de relação de reciprocidade, a relação de respeito, a relação de cuidar dos outros, sem os quais não vem a desenvolver uma suficiente capacidade parental no futuro.

Estudos realizados, notaram ao nível da relação interpessoal um comportamento mais agressivo, com as crianças maltratadas relativamente às crianças da sua idade e para com o adulto, tanto no infantário, como em casa ou em contextos relacionais (Egeland & Sroufe, 1981; Erickson, Egeland & Pianta, 1989; George & Main, 1979; Hoffaman-Plotkin & Twentyman, 1984; Killén, 1996; Whitmore, Kramer & Knutson, 1983, cit. por Morais, 2001).

Em relação aos problemas de comportamento, Marcelli (1998) sugere dois tipos de comportamento: uma enorme timidez, acrescida de medo, ou uma instabilidade significativa, associada a comportamentos muitas vezes caóticos e violentos, sobretudo dirigidos a crianças da mesma idade ou mais novas.

As relações que se estabelecem com os adultos ou com as crianças são pobres, com pouca constância, com indistinção relacional ou marcadas pela dependência a

uma figura preferencial de adulto ou a um meio familiar patológico (Strecht, 1997). Para Aber & Allen (1987, cit. por Morais, 2001), as crianças maltratadas apresentam uma excessiva dependência do adulto.

Strecht (1997, p. 75) destaca três grandes quadros que considera muito comuns nas crianças maltratadas:

- *Imaturidades estruturais: crianças mal organizadas, com um "eu" não integrado, imaturas, com falhas a nível escolar, mesmo tendo um potencial intelectual dentro da média; têm um jogo e discurso muito ligados ao concreto, ambos sinais de pobreza psicológica. Sem grandes referenciais, regras e limites, revelam sintomaticamente as falhas frequentes do investimento parental: atraso de crescimento e de linguagem, dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento, perturbações orgânicas de repetição (patologia psicossomática), dificuldades no controle dos esfíncteres com enurese, encoprese, etc.*
- *Depressões: com vários níveis de profundidade e de gravidade, em crianças ou adolescentes não valorizadas ou confirmadas narcisicamente pelas figuras parentais, com falhas na auto-estima, com dificuldades a aprendizagem ou, mais comumente, por queixas de comportamentos agidos (e aditos), pré-delinquentes (furtos, por exemplo) com falhas na identidade sexual e risco de suicídio.*
- *Desorganizações pré-psicóticas ou psicóticas: as crianças aparecem desorganizadas, confusas, às vezes já aparentemente deficitárias como sequela de uma incapacidade de evolução e por verdadeira dificuldade em manter viva uma dinâmica interna perante a intensidade de acontecimentos traumáticos exteriores.*

Do ponto de vista dos mecanismos de defesa que as crianças utilizam com o objectivo de resistir às vulnerabilidades internas e externas e impedir que a angústia invada todos os pensamentos, contam-se os mecanismos de idealização, denegação,

clivagem e agressividade. A idealização dos pais funciona como um processo anti-depressivo para a criança. A clivagem permite a coexistência de duas atitudes psíquicas relativamente à realidade exterior - uma tem em conta a realidade e outra nega essa realidade, substituindo-a por um produto de desejo (Laplanche & Pontalis, 1990). Isso significa que a criança se divide entre ataques ao vínculo e um medo intenso de perder esse vínculo; permite manter um vínculo positivo com a mãe, impedindo o acesso à ambivalência. Assim, a clivagem constitui um verdadeiro obstáculo ao desenvolvimento psíquico da criança, impedindo-a de ver que os pais são inadequados (Berger, 1998).

Se a criança não consegue introjectar uma imagem estruturante, a agressividade vai assumir um papel de defesa contra a vivência desestruturante provocada pela separação. Se o período de separação é longo, ela torna-se bastante reivindicativa de afecto em relação a todas as pessoas que a rodeiam, sendo contudo uma reivindicação agressiva, uma vez que está dividida entre uma imensa capacidade de afecto e uma incapacidade em estabelecer relações estáveis satisfatórias. Isto acontece porque a descontinuidade dos investimentos objectais desorganiza a vivência da criança, afectando progressivamente a instauração de novos laços ou a restauração dos antigos (Soulé et al., 1995).

Conclui-se que o processo de crescimento pode ser retardado pela privação dos estímulos próprios e necessários a cada uma das etapas do desenvolvimento. Verificam-se consequências graves aos vários níveis do desenvolvimento, pelo que a sociedade tem o dever de intervir em defesa da criança quando a família natural não tem condições para o fazer (Seabra Diniz, 1993).

Descrição clínica/ sintomatologia do abandono: A perspectiva de Guex

Para Guex (1959), é da privação inicial de amor que nascem sempre a angústia do abandono e a insegurança afectiva. A autora estabelece um laço de causalidade entre o facto do sujeito ter sofrido de angústia de abandono durante a sua infância e a impossibilidade em que se encontra em consequência de se considerar digno de ser amado, baseando-se nos factos a seguir mencionados:

- *“O primeiro facto é que são muitos os indivíduos que não conseguem emitir um juízo de valor sobre os diferentes elementos nem sobre o conjunto da sua personalidade. O seu sentimento de valor é lacunar;*
- *As lacunas dizem respeito preferencialmente ao domínio efectivo. É enquanto objecto destinado a suscitar a simpatia e o amor que o indivíduo duvida de si mesmo;*
- *Esta não-valorização da própria pessoa enquanto objecto digno de amor, tem consequências graves. Por um lado, mantém o indivíduo nu estado de insegurança interior profundo. Por isso mesmo, inibe ou falseia qualquer relação com outrem. Por outro lado, devido ao seu carácter extensivo a não-valorização acarreta facilmente uma depreciação crescente nos juízos que o sujeito emite sobre si mesmo;*
- *A não-valorização afectiva observa-se unicamente nos seres que sofreram de uma carência de amor e de compreensão durante a sua primeira infância;*
- *Reciprocamente, em todos os indivíduos em quem essa carência de amor e a sensação de abandono a que ela dá lugar foram traumatizantes a ponto de dar origem a uma neurose, a valorização afectiva não pôde ter lugar”* (Guex, 1950, p.35).

O abandono durante a infância não é causa única para a não-valorização, mas é sua causa necessária.

A propósito do adulto que apresenta uma “*Síndrome de abandono*” (abandónico), Guex (1950) refere-se aos pacientes cuja estrutura psíquica não cabe nas descrições freudianas das neuroses clássicas.

Na neurose pré-edipiana, onde domina a síndrome de abandono, a vivência, geradora de neurose, não aceite nem recalcada, é sentida como actual, apesar da sua antiguidade. Há um permanecer numa fase primitiva, em que domina o primado da imagem maternal ou da imagem paterna “maternizada”. A força pulsional e afectiva é dominada unicamente pela necessidade de garantir o amor e, dessa forma, manter a segurança. Daí que em vez de conceber de um sentimento de relação, o abandonado conceba antes um sentimento de fusão com um outro ser (mãe). A relação edipiana é inconcebível, tanto no sentido afectivo e sexual, como no sentido da distinção entre dois seres, porque constitui uma ameaça quanto à segurança.

Segundo Guex, de acordo com o grau de consciência do seu estado, é possível distinguir duas categorias classificativas de doentes: os que têm alguma consciência da sua avidez afectiva e os que não têm qualquer consciência.

Guex alerta para os riscos de se falar em neurose de abandono, quando se pode tratar unicamente de um complexo de abandono e de uma insegurança ligada a um outra neurose secundária. Aparentemente nada distingue um abandónico de outro neurótico. No entanto, a sua estrutura psíquica é fundamentalmente diferente.

“(…) A síndrome de abandono manifesta-se por reacções afectivas variadas que marcam o carácter e o comportamento do indivíduo desde a primeira idade, mas que

se afirmam com especial violência sempre que uma circunstância da vida vem reactivar a sensação de frustração e abandono. Embora difiram de indivíduo para indivíduo, essas manifestações, porém, têm sempre em comum duas características: a angústia e a agressividade- e estão todas ligadas a um estado de psicológico inicial, caracterizado pela ausência de um justo sentimento do ego e do seu valor próprio. No comportamento do abandonado é central a importância do factor agressividade que, não tendo um fim em si mesma, constitui o avesso de uma intensa necessidade de amor e de segurança.

“É sobre este tripé, da angústia que todo o abandono desperta, da agressividade a que ele dá origem e da não-valorização de si mesmo que dele decorre, que se edifica toda a sintomatologia desta forma de neurose” (Guex, 1950; pp. 13, 14).

Tanto a *angústia* como a *agressividade* poderão assumir formas e intensidades diversas. A *angústia* pode ir de um simples mal-estar interior à angústia propriamente dita, manifestando-se perante ameaças afectivas (separação, frustração, etc.), que reactivam traumatismos antigos. A *agressividade* reaccional às privações de amor da infância está presente na maioria dos actos, sentimentos, pensamentos do abandonado. Adopta posições de ataque/defesa por uma necessidade insaciável e muitas vezes vingativa de amor, fazendo os outros pagar pelos seus sofrimentos de várias formas:

a) Pelas Exigências sem limites da sua necessidade de amor: relacionadas com o estágio de desenvolvimento intelectual, moral e afectivo do período em que se deram os traumatismos de frustração que interromperam a sua evolução afectiva.

- Exigências ligadas ao pensamento mágico: trata-se de pôr à prova para obter a prova; este mecanismo consiste em dizer o falso para ser contradito, em dar mostras de falsa indiferença, em escolher falsas opções, em opor falsas recusas, etc. para ter a certeza do seu interesse e da sua compreensão; o mesmo mecanismo poderá manifestar-se menos pelo apelo a tendências mágicas e mais pela revelação de uma agressividade mais directa (exemplos: indiferença, palavras e gestos ofensivos, etc.);

- Exigências ligadas ao menosprezo da intenção: precisa de provas repetidas, de factos não inseridos no seu contexto, nas circunstâncias e intenções do objecto. Recorre à crença mágica na onnipotência do objecto, já que a falta de segurança afectiva e o egocentrismo primitivo aboliu no abandonónico o sentido do possível, do real e das contingências;

- Exigências ligadas à necessidade de absoluto: a dedicação do abandonónico é exclusiva e, por isso, não admite nem a ausência nem a partilha. É o «tudo» ou «nada» que faz a lei.

b) Por uma atitude passiva: o abandonónico tem uma forte sensação de incapacidade de ser activo, acompanhada de falta de experiência e de uma certa pobreza de meios, gerada pela própria passividade. Este mecanismo é reforçado pelo processo de inferiorização: quanto menos se actua, menos se avaliam as possibilidades próprias e menos se ousa actuar. O estado infantil de irresponsabilidade é prolongado (a incapacidade de se desembaraçar sozinho, a falta de capacidade de sair de apuros e o medo das responsabilidades, são algumas consequências) e explora a situação para levar vantagem sobre outrem, sujeitando-o às suas necessidades (vinga-se dos pais de forma directa, ficando a seu cargo, ou de forma indirecta, envergonhando-os. A falta parental e a sua incapacidade para viver absolve o abandonónico de qualquer culpabilidade pela sua atitude passiva.

c) Pelas suas interpretações, fantasias e comportamento masoquistas: as manifestações masoquistas são consideradas como agressivas por se tratar de uma forma de masoquismo primária, reforçada pelo abandono (que não é produto do recalçamento devido ao superego, como nas descrições clássicas).

O abandonónico joga ao mesmo tempo em dois registos, o da agressividade e o do masoquismo. O masoquismo afectivo é uma das características mais evidentes desta síndrome. Observam-se três grupos de manifestações masoquistas:

- Manifestações masoquistas ligadas à necessidade de pôr à prova para obter a prova: esta necessidade priva constantemente o sujeito daquilo que deseja, o que acentua o seu estado de inferioridade e de dependência;

- Manifestações masoquistas explosivas: as explosões afectivas do sujeito (crises de desvalorização dirigidas contra o objecto, cenas de desespero, acessos de angústia), com um fundo agressivo, têm como objectivo principal ferir o objecto através da culpabilidade que nele descarrega;

- Manifestações masoquistas secretas: tratam-se de fantasias e sonhos diurnos, de carácter afectivo, não sexual, que acompanham a angústia de abandono, através das quais o abandonónico exprime a sua desconfiança relativamente a si mesmo, aos outros e principalmente ao objecto. A sua insegurança interior obriga-o a alimentar essa desconfiança, a fim de evitar a dádiva de si mesmo que, pensa ele, seria necessariamente seguida de um abandono. É a ideia do risco a evitar, risco de abandono e solidão, contra o qual tem de precaver-se a todo o custo, que leva o abandonónico às fantasias.

A não-valorização do abandonónico constitui um estado psíquico crónico, muitas vezes habilmente camuflado por super compensações diversas. Fala-se de "não-valorização" em vez de "desvalorização" propositadamente. Com efeito, na maioria dos casos, as circunstâncias traumatizantes que privaram a criança de segurança

afectiva aconteceram nos seus primeiros anos, quando todo o desenvolvimento estava ainda por fazer e, por consequência, quando a aquisição do sentimento de valor próprio estava para vir. Logo, não se trata aqui de um sentimento de valor perdido, mas de um sentimento de valor não adquirido (Guex, 1950, p. 34).

A *não-valorização* do abandonónico exprime-se através das dúvidas numerosas acerca de si mesmo. Muitas dessa dúvidas tendem a fixar-se num defeito físico (modo de andar, mancha na pele, forma de vestir, etc.), cuja importância é exagerada e em torno do qual se cristaliza toda a sua insegurança. Predomina a rejeição da responsabilidade através da projecção para o exterior das causas de perturbações, característica do abandonónico. Alguns detectam certas lacunas interiores (falta de inteligência, de sensibilidade, de cultura, etc.), encontrando igualmente nelas a justificação para os seus fracassos afectivos. Muito poucos têm consciência de que a causa real para esses fracassos ou decepções *reside na sua forma de amar e, singularmente, na insegurança profunda que inspira a sua maneira de sentir e agir relativamente aos outros*. (Guex, 1950, p.38).

O abandonónico sobrevaloriza os outros em detrimento de si próprio, fazendo comparações entre si e os outros, excluindo-se a si próprio das relações, ainda que se julgue sempre excluído pelos outros. Quando não se sente excluído, conserva porém o sentimento de ser "o outro", isto é, a pessoa que se pode dispensar, de quem não se sente uma profunda necessidade. Assim, sente-se sempre em risco de poder ser abandonado, em solidão e em extremo sofrimento, cuja origem reside numa necessidade primária e fundamental de pertença, de integração num todo.

Uma outra característica do abandonónico, relacionada com a *não-valorização*, é o domínio dos medos que, pela sua intensidade, paralisam o abandonónico que se sente

frágil, impotente e ameaçado pelos perigos do mundo exterior, vivido como hostil e inacessível. No domínio dos medos psíquicos, o objecto central é o medo de lhe faltar amor ou medo de o perder, podendo estar este ligado ao medo de se mostrar tal como é (por medo de desiludir, desagradar, aborrecer, cansar, etc.), ao medo do risco afectivo (angustia de abandono) e ao medo da responsabilidade (o seu sentimento de impotência e os seus medos geram uma atitude de irresponsabilidade e a irresponsabilidade alimenta a impotência).

Perante qualquer privação, o indivíduo pode reagir de duas maneiras diferentes, que implicam uma predominância mais ou menos forte da agressividade, consoante prevaleça a ideia da perda e do prejuízo sofridos (imagem do que lhe falta) ou o pensamento do ganho e da satisfação possíveis (desejo de obter o que lhe falta).

Assim, Guex distingue dois tipos de abandonónicos, que não devem ser concebidos de uma forma rigorosa e absoluta:

- Tipo negativo - agressivo - domina o ressentimento de não ter sido amado. O centramento sobre si mesmo, sobre o seu passado, sobre os seus vazios, impedem-no de qualquer experiência positiva que compense o seu passado. Há, a maior parte das vezes, uma total ausência de valorização e, por conseguinte, de segurança afectiva. A passividade, o masoquismo e o modo agressivo de apelo ao amor caracterizam o seu comportamento. Identifica-se facilmente com os outros, mas num sentido negativo, perigoso. Os abandonónicos deste tipo são ávidos de amor e capazes de dedicação e ternura, desde que os outros se cheguem a eles e lhe dêem confiança.

- Tipo positivo - amante – domina a procura de amor. Os comportamentos deste tipo estão, de um modo geral, mais bem adaptados ao real, já que domina sobretudo a inquietação, não o ressentimento. Os abandonónicos deste tipo são activos, mais conscientes de si e das suas possibilidades, por isso, menos desvalorizado e mais

capaz de criar relações, indispensáveis à sua segurança interior. Identifica-se com os outros, de forma reparadora, já que, por intermédio dos outros, repara e compensa o seu próprio passado. O perigo surge quando este processo reparador se torna um meio de vingança e a simpatia se transforma em tirania. Nenhum dos abandonados deste tipo é isento de ressentimentos e quando se sentem frustrados ou ameaçados de abandono podem tornar-se agressivos e ofensivos.

A *não-valorização* afectiva e depois a desvalorização permanente de si mesmo, levam todos os abandonados a uma *falsa noção de si mesmo*, oscilando esta entre uma imagem do ser em que se poderia ter tornado se tivesse sido amado e dotado de confiança, e uma imagem deformada no sentido negativo do ser em que se tornou de facto.

O abandonado conserva em si estas duas imagens, ainda que o *tipo positivo-amante*, por ter conservado um certo potencial de possibilidades, acredite numa reparação possível do passado. Apoiado nessa crença exclui a desvalorização total, ainda que a noção de si mesmo permaneça instável e mutável, de acordo com as flutuações da segurança no real. Por outro lado, o tipo negativo-agressivo conserva um profundo sentimento de *não-valor*, pela forte sensação de irreparável.

Em síntese, factores como a angústia, a agressividade e a não valorização são elementos básicos da sintomatologia abandonada, determinando conjuntamente ou não a sua vida psíquica e o seu comportamento. Para se defender da sua angústia de abandono, procura medidas de protecção contra o abandono, tais como, a dedicação a outrem, o evitamento do desacordo, da oposição, da afirmação de si mesmo (medidas de protecção positivas), bem como a recusa da responsabilidade e do compromisso nas relações afectivas (medidas de protecção negativas).

Apresentamos, de seguida, os quadros síntese referentes, respectivamente, às conceptualizações acerca da vinculação (Quadro 5), às contribuições sobre a insuficiência e o rompimento de vínculos afectivos (Quadro 6), às contribuições para a definição dos maus-tratos infantis (Quadro 7), às contribuições para a classificação dos maus-tratos infantis (Quadro 8), à etiologia dos maus-tratos infantis (Quadro 9), às consequências psicológicas da insuficiência e do rompimento de vínculos afectivos (Quadro 10), às consequências psicológicas dos maus-tratos infantis (Quadro 11) e à sintomatologia do Abandono (Quadro 12).

Quadro 5. Algumas conceptualizações acerca da vinculação

Teorias	Contribuições
Abordagem Etológica	<p>- K. Lorenz: os estudos realizados permitiram verificar a tendência inata das aves recém-nascidas de desenvolvimento de comportamentos de filiação. Tudo parece apontar para que as competências de ligação das aves precociais, evidenciadas e desenvolvidas a partir das suas competências sensoriais, dariam origem a comportamentos de relação;</p> <p>- Harlow: as várias experiências realizadas em laboratório verificaram a existência de um manifesto organizador das ligações infantis nos macacos.</p>
Teoria de John Bowlby	<p>- Bowlby: demonstrou que a acessibilidade de figuras parentais é o único meio capaz de produzir sentimentos de segurança na criança e utilizou o termo vinculação para designar este tipo de relação.</p>
Contributos de Mary Ainsworth para a Teoria da Vinculação	<p>- Mary Ainsworth: ao observar as reacções da criança à separação da figura de apego, em condições controladas (<i>Situação Estranha</i>), distinguiu quatro padrões de vinculação: <i>inseguro-evitante, seguro, inseguro-ansioso e desorganizado</i>.</p>
Teorias Psicanalíticas das Relações Objectais	<p>- Freud: as primeiras relações objectais são anaclíticas, ou seja, o amor da criança pela mãe depende do alimento que a mãe lhe dá. O primeiro objecto de amor da criança é o seio materno e a relação primitiva de mamar é o protótipo de todas as posteriores relações de amor.</p> <p>- M. Klein: mãe como função protectora e transformadora que recebe o negativo das tensões internas projectadas pelo bebé, dá-lhes sentido, liga-as pelo afecto e transforma-as em experiências suportáveis, pela criatividade inerente à função.</p> <p>- Winnicott: a mãe deve proporcionar um ambiente suficientemente bom, demonstrando disponibilidade para a criança e possibilitando-lhe um espaço relacional para a auto-exploração e desenvolvimento da autonomia;</p> <p>- Spitz: a evolução normal é composta pelo aparecimento de três organizadores do psiquismo: aparecimento do sorriso, aparecimento da reacção de angústia ao rosto de um estranho e surgimento do “não”. A evolução da relação objectal dá-se em três estádios: pré-objectal (objecto percebido em função da necessidade interna), estádio do objecto precursor (transição da passividade à actividade dirigida; início rudimentar do ego) e estádio do objecto libidinal (o objecto libidinal- a mãe- está constituído e identificado).</p> <p>- Bion: A relação continente/conteúdo entre o bebé e a mãe e a capacidade de <i>rêverie</i> (capacidade da mãe receber, conter e transformar o mau objecto infantil projectado numa vivência emocional positiva) favorecem o crescimento psíquico da criança e da mãe.</p>

Quadro 6. Algumas contribuições sobre a insuficiência e o rompimento de vínculos afectivos

Autores	Contribuições
Marcelli (1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Carência: falta quantitativa de interacção mãe/filho: implica ausência física da mãe (ou substituto); - Separação ou carência por descontinuidade: implica ausência emocional da mãe (ou substituto); - Insuficiência relacional qualitativa ou distorção: falta de adequação da resposta da mãe às necessidades do filho. Interações baseadas na rejeição, hostilidade, crueldade, abusos físicos ou sexuais, controlo repressivo ou falta de afecto.
Soulé e al. (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - Carência: falta de quantidade de interacção mãe/filho; - Separação ou carência por descontinuidade: ausência emocional e não necessariamente insuficiência quantitativa nas interacções; - Insuficiência relacional qualitativa ou distorção: falta de adequação da resposta da mãe às necessidades da criança.
Seabra Diniz (1993)	- Carência de cuidados: situação externa, que remete para perigos materiais e para os meios necessários ao garante do bem-estar da criança; situação interna da criança que envolve um sofrimento que atinge e impede a norma evolução da criança; situação interna dos pais
Pinto (1982)	<ul style="list-style-type: none"> - Separação: descontinuidade da relação com a figura materna, independentemente de haver uma quebra na ligação - Privação ou distorção das relações de vinculação: perda ou insuficiência quantitativa das relações, independentemente da presença ou ausência da figura materna.

Quadro 7. Algumas contribuições para a definição dos maus-tratos infantis

Autores	Contribuições
Comité Nacional para a Prevenção dos Maus-Tratos nas Crianças (EUA)	São as lesões corporais não acidentais, as sevícias sexuais ou psicológicas, o abandono flagrante e a exploração das crianças, assim como qualquer acto que entrave o crescimento e o desenvolvimento físico e mental normal das crianças.
Coimbra, Faria e Montano (1990)	Todas as acções dos pais, familiares ou outros que provoquem um dano físico ou psicológico, ou que, de algum modo, lesionem os direitos e necessidades da criança, no que respeita ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afectivo.
Kreisler (1995)	Todas as violências físicas intencionais ou a abstenção voluntária de cuidados para com a criança, por parte dos pais ou adultos que a tenham a seu cargo, dos quais resultam danos, ofensas ou morte.
Magalhães (2002)	Qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, inadequada, não acidental e reiterada, resultante de disfunções e/ou carências nas relações que privam o menor dos seus direitos, afectando a sua saúde, desenvolvimento físico, psicológico e social e/ou dignidade.

Quadro 8. Algumas contribuições para a classificação dos maus-tratos infantis

Autores	Contribuições
Pérez (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - Maus-tratos por injúrias físicas- lesões múltiplas, que não tiveram origem no mesmo espaço de tempo, tais como hematomas subcutâneos, fracturas com diversos graus de cicatrização nas costelas, queimaduras, deslocação das articulações, diversas lesões de pele, lábios, olhos e órgãos genitais. - Maus-tratos por abandono físico- este tipo de mau trato caracteriza-se pela negligência ao nível da alimentação, higiene, vestuário, assistência médica, escolaridade. - Maus-tratos por abuso sexual- o abuso sexual é exercido por um adulto sobre uma criança ou adolescente, numa relação de submissão; - Maus-tratos por abandono emocional- falta de interesse e de ligação do adulto pela criança.
Gabel (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - Violência física: fracturas ou queimaduras (violências físicas activas) ou estados de desnutrição com atraso de crescimento e ausência de cuidados (violências físicas passivas); - Violência psicológicas: rejeição, desprezo, comportamentos sádicos, exigências desproporcionais para a idade da criança ou o abandono; - Abuso ou violências sexuais: participação de uma criança em actividades que não consegue compreender, com os pais ou adultos que detenham autoridade sobre ela; - Violências institucionais: desprezo pela personalidade da criança, pela raça ou religião.
Sousa (1995)	<ul style="list-style-type: none"> - Maus-tratos físicos: actos cometidos por quem tem a criança a seu cargo e pressupõem contacto físico, resultando danos físicos; - Maus-tratos psicológicos: destruição ou a deterioração significativa das competências da criança, tais como a sobrevalorização ou desvalorização das competências da criança associada a punição, reforço negativo ou positivo ou ambiguidade de padrões de avaliação; - Negligência: negligência intencional das figuras parentais perante as necessidades primárias da criança; - Abuso sexual: contacto entre um adulto e uma criança incapaz de dar o seu consentimento (por razão de idade ou imaturidade).
Canha (2000)	<ul style="list-style-type: none"> - Maus-tratos físicos: incluem a síndrome da criança abandonada, queimaduras, fracturas, traumatismos crânio encefálicos, lesões abdominais, sufocação, afogamento e intoxicações provocadas; - Negligência: incapacidade de proporcionar à criança a satisfação das suas necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento normais; - Abuso sexual: envolvimento da criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte; - Mau trato psicológico ou emocional: incapacidade em proporcionar à criança um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo,

	<p>tal como a ausência de afecto, a hostilização verbal, a depreciação, as ameaças e humilhações frequentes ou situações grande violência familiar;</p> <p>- Síndrome de Munchhausen por Procuração: simulação de sinais e sintomas da criança, por um elemento familiar, com a finalidade de convencer a equipa médica da existência de uma doença, obrigando a hospitalizações frequentes, necessidades de investigação exaustiva e muitas vezes invasivas.</p>
Magalhães (2002)	<p>- Negligência: comportamento regular de omissão nos cuidados a ter com o menor, voluntário (com a intenção de causar dano) ou involuntário (resultante, em geral, da incapacidade dos pais para assegurar os cuidados necessários e adequados), do qual resulta um dano para a saúde e/ou para o desenvolvimento físico e psicossocial;</p> <p>- Maus-tratos físicos: qualquer acção, não acidental, isolada ou repetida, que provoque ou possa provocar um dano físico para o menor, que se pode traduzir em lesões físicas de natureza traumática, doença, sufocação, intoxicação ou síndrome de Munchhausen por procuração;</p> <p>- Abuso sexual: envolvimento ocasional ou repetido do menor em práticas que visam a gratificação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou de autoridade sobre aquele;</p> <p>- Abuso emocional: acto intencional e inadequado, caracterizado pela ausência do suporte afectivo e do reconhecimento das necessidades emocionais do menor, do qual resultam danos para o desenvolvimento físico e psicossocial do menor. Pode manifestar-se através de insultos verbais, humilhação.</p>

Quadro 9. Etiologia dos maus-tratos infantis

Autores	Contribuições
Milner e Dopke (1997)	- Características dos pais (reactividade ao stress, percepções relativas ao comportamento da criança, expectativas relativas ao comportamento da criança, psicopatologia, entre outras)
Coimbra de Matos (1997)	- Comportamento transgeracional, resultado de um processo de aprendizagem directa e indirecta da agressão, por identificação com o agressor
Frodi & Lamb (1980); Vietz et al., (1980); Kempe & Kempe (1979); Lebovici (1983); Felthous (1984)	- Prematuridade e/ou baixo peso da criança à nascença
Almeida et al., (1995); Arrubarrena, & Paul (1992); Bizouard, Nezelof, & Bonnet (1991); Chappin, Kelleher, & Hollenberg (1996); Egami, e al. (1996); Éthier, Lacharité, & Couture (1995); Kotch et al., (1995).	- Perturbações psicopatológicas dos pais (desordem de personalidade anti-social, abuso de substâncias psicoactivas, sintomatologia depressiva)
Kreislner (1995)	- Condições sócio-culturais são elementos de facilitação dos maus-tratos mas não factores etiológicos exclusivos.
Wolfe (1998), Carson (1987), Fuster e al (1988)	- Monoparentalidade e parentalidade precoce
Figueiredo, B. (1998)	- Traços temperamentais ou de personalidade da criança; - Presença de deficiências na criança; - Incapacidade da criança satisfazer as expectativas dos pais.
Marcelli (1998)	- Prematuridade, sofrimento neonatal, gemelaridade, patologia somática precoce, separações precoces; - Separação parental, desentendimento crónico, alcoolismo, doença crónica, casal incompleto, óbito; - Miséria sócio-económica, situação de migrante.

Quadro 10. Consequências psicológicas da insuficiência e do rompimento de vínculos afectivos

Autores	Contribuições
Ainsworth (1962)	<ul style="list-style-type: none"> - Nos primeiros anos de vida: atraso na aparição da linguagem, regressão no domínio motor, emocional, esfinteriano, da linguagem e abstracção; - Insuficiência intelectual diminuída; - Comportamento adesivo por parte da criança; - Predisposição para o desenvolvimento somático; - Eficiência intelectual diminuída.
Bowlby (1981, 1982)	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de angústia, vingança ou culpa; - Necessidade excessiva de afecto; - Diminuição da capacidade de concentração; - Apatia; - Intenso conflito interno, tristeza e atitudes sociais negativas; - Afectação dos processos intelectuais (linguagem e abstracção); - Distúrbios da capacidade de estabelecimento de vínculos afectivos com outras crianças ou adultos; - Falta de confiança em si mesma; - Incapacidade no controlo de impulsos; - Reacções anti-sociais; - Distúrbios da personalidade; - Desenvolvimento de um <i>falso eu</i>; - Falta de auto-confiança; - Depressão
Winnicott (1969)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de um "falso self"
Bowlby (1946, 1981)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de uma personalidade delinquente
Berger (1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbações psicossomáticas; - Dificuldades de alimentação; - Dificuldades de linguagem; - Dificuldades ao nível da capacidade de representação, de simbolização e da elaboração do pensamento, afectando a capacidade de aprendizagem; - Ferida na auto-estima; - Raiva ou vergonha; - Depressão e vazio.
Ajuriaguerra & Marcelli (1991, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> - Bloqueio no desenvolvimento afectivo e cognitivo; - Sintomatologia depressiva; - Dificuldades de adaptação à escola; - Perturbações do comportamento (agressividade, hiperactividade, entre outras); - Episódio depressivo: abrandamento psicomotor e inibição psicomotora, indiferença e submissão ou agitação, instabilidade e oposição, falta de interesse, perda da auto-estima, desvalorização, dificuldade de pensar, desinteresse ou desinvestimento escolares, fracasso escolar, distúrbios do apetite, dificuldades em conciliar o sono, ideias de morte, distúrbios de comportamento, condutas de tipo oposicional ou delinquente (fuga, roubo, ...).

Quadro 11. Consequências psicológicas dos maus-tratos infantis

Autores	Contribuições
Teresa Ferreira (2002)	- Falhas narcísicas (auto-estima); - Depressão
Coimbra de Matos (1997)	- Lesão na auto-estima; - Vulnerabilidade psíquica; - Carência relacional; - Núcleo depressivo.
Figueiredo (1998, 1998a)	- Insegurança e medo na relação com os pais e com os outros.
Martinet (2000)	- Tendência depressiva; - Imagem desvalorizada; - Patologias da personalidade; - Criança vítima de maus-tratos pode tornar-se adulto maltratante.
Strecht (1997)	- Relações pobres e com pouca constância com adultos ou crianças; - Dependência de uma figura preferencial; - Falhas depressivas precoces; - Fragilidade narcísica; - Predominância do "agir"; - Imaturidades estruturais; - Depressões; - Desorganizações pré-psicóticas ou psicóticas.

Quadro 12. Sintomatologia do Abandono

Autor	Contribuições
Gueux (1950)	- Necessidade de garantir o amor e, dessa forma, manter a segurança; - Avidez afectiva; - Angústia; - Agressividade: exigências sem limites da sua necessidade de amor, atitude passiva, manifestações masoquistas; - Ausência de um justo sentimento do ego e do seu valor; - Ausência de segurança afectiva; - Medos psíquicos; - Não-valorização.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de uma amostra aleatória, constituída por cinquenta profissionais que exercem funções em Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco, detentores de licenciatura ou de bacharelato, qualquer que seja a sua formação de origem, ou seja, profissionais que têm contacto directo com o mundo das crianças acolhidas e que se situam em locais privilegiados para a caracterização dos seus estados emocionais. Os profissionais que colaboraram neste estudo são oriundos de doze centros de acolhimento. Apresentamos, de seguida, o quadro que resume a caracterização da amostra constituída (Quadro 13).

Quadro 13. Caracterização da Amostra

Centros de Acolhimento	Concelho	Nº de profissionais que colaboraram no estudo	Formação de base dos profissionais que colaboraram no estudo	Faixas etárias das crianças acolhidas
1- Refúgio Aboim Ascensão	Faro	15	Psicologia (2) Educação de Infância (6) Terapia Ocupacional (1) Fisioterapia (1) Sociologia (1) Não indicaram a formação (4)	0- 6 anos
2- Sol dos Meninos	Montijo	3	Psicologia Clínica (1) Política Social (1) Educação de Infância (1)	0- 12 anos
3-Nossa Senhora do Amparo	Setúbal	4	Serviço Social (1) Psicologia (1) Psicologia Clínica (1) Educação de Infância (1)	0- 10 anos
4-O Palhacinho	Barreiro	3	Política Social (1) Psicologia (2)	0- 12 anos
5- Casa do Parque	Oeiras	6	Educação Social (1) Educação de Infância (1) Serviço Social (1) Não indicaram a formação (3)	0- 12 anos
6- Residência D. Ruy Sallema	Alcácer do Sal	2	Psicologia (1) Política Social (1)	0-10 anos
7- Primeiro Passo	Santarém	3	Educação Social (1) Psicologia (1) Política Social (1)	0- 10 anos
8- Chão dos Meninos	Évora	2	Não indicaram a formação (2)	0- 12 anos
9- Janela Aberta	Seixal	4	Psicologia Clínica (2) Serviço Social (1) Não indicaram a formação (1)	0- 12 anos
10-Regaço Materno	Almada	2	Serviço Social (1) Psicopedagogia (1)	0- 12 anos
11- Casa da Encosta	Cascais	5	Educação Social (1) Educação de Infância (2) Direito (1) Serviço Social (1)	0- 12 anos
12- Aconchego	Peniche	1	Psicologia Clínica (1)	0- 12 anos

Delineamento do Estudo

Objectivo e Objecto de Estudo

Bowlby (1982), a propósito das questões cruciais que se referem aos cuidados com a criança, refere que, entre os psicanalistas e aqueles que são por eles influenciados, todos reconhecem a importância vital de uma relação estável e permanente com a uma mãe (ou mãe-substituta) durante toda a infância. Tendo em conta esse pressuposto teórico, será o acolhimento temporário uma medida de protecção reparadora do abandono?

Com a presente investigação, procuramos aceder à compreensão das consequências psicológicas do abandono e do acolhimento temporário das crianças, com o objectivo de realizarmos um estudo exploratório sobre o *Abandono Psicológico*, tendo por base as teorias de vários autores, nomeadamente a teoria de Guex (1950) e de Bowlby (1982), e os contributos recolhidos junto dos profissionais de Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco, junto dos quais procuramos conhecer quais os sinais psicológicos consensualmente aceites como de sofrimento psicológico das crianças acolhidas temporariamente.

Tipo de Estudo

O tipo de estudo caracteriza-se como descritivo, não-experimental, dado que não se alteram as condições ao longo da recolha dos dados e de carácter exploratório, uma vez que não existe o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses.

Para conhecermos a percepção dos profissionais dos Centros de Acolhimento, optámos pela construção de um inquérito sobre a forma de Questionário (ver Guião em Anexo: Anexo A), através do qual procurámos abarcar um conjunto diversificado de questões, de forma a obtermos informações detalhadas sobre os estados emocionais das crianças acolhidas, sobre as práticas profissionais e sobre o sistema de acolhimento. Esta opção metodológica pareceu-nos a que melhor permitia a efectivação do nosso objectivo.

Instrumento

O Questionário foi construído por nós, com um total de sessenta e seis itens, seleccionados a partir da revisão bibliográfica, de alguns contributos previamente recolhidos junto de alguns profissionais de Centros de Acolhimento Temporário e da experiência adquirida pela avaliação de crianças em risco em serviços de psicologia clínica.

O questionário encontra-se dividido em três partes, referindo-se a primeira parte ao *Olhar dos profissionais sobre as crianças*, a segunda parte ao *Olhar dos profissionais sobre eles próprios* e a terceira parte ao *Olhar dos profissionais sobre o sistema*.

A primeira parte do Questionário visa conhecer a percepção dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário sobre os estados emocionais das crianças acolhidas. Optámos por incluir, para algumas questões do Questionário, a diferenciação entre a percepção sobre a criança no momento do acolhimento e durante o acolhimento, de forma a recolhermos alguns dados sobre as evoluções percebidas das crianças, percebidas pelos profissionais.

Na primeira parte do questionário *O olhar sobre as crianças*, sugerimos quarenta itens para a caracterização dos estados emocionais das crianças acolhidas.

Segue-se o Quadro relativo aos quarenta itens incluídos na primeira parte do questionário (Quadro 14).

Quadro14. Primeira parte do Questionário: *O olhar sobre as crianças*

1.	As crianças acolhidas choram no momento do acolhimento
2.	As crianças acolhidas choram durante o acolhimento
3.	As crianças acolhidas têm consciência do motivo do acolhimento
4.	As crianças acolhidas perguntam pelos pais no momento do acolhimento
5.	As crianças acolhidas perguntam pelos pais durante o acolhimento
6.	As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade no momento do acolhimento
7.	As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade durante o acolhimento
8.	As crianças acolhidas são agressivas com os adultos no momento do acolhimento
9.	As crianças acolhidas são agressivas com os adultos durante o acolhimento
10.	As crianças acolhidas são agressivas com as outras crianças durante o acolhimento
11.	As crianças acolhidas mantêm relação com os pais durante o acolhimento
12.	As crianças acolhidas que mantêm relação com os pais são agressivas no contacto com eles
13.	As crianças acolhidas apresentam-se agitadas no momento do acolhimento
14.	As crianças acolhidas apresentam-se agitadas durante o acolhimento
15.	As crianças acolhidas sentem-se tristes no momento do acolhimento
16.	As crianças acolhidas sentem-se tristes durante o acolhimento
17.	As crianças acolhidas sentem-se sós durante o acolhimento
18.	As crianças acolhidas sentem-se inseguras durante o acolhimento
19.	As crianças acolhidas sentem-se abandonadas durante o acolhimento
20.	As crianças acolhidas apresentam dificuldades relacionais

21.	As crianças acolhidas apresentam desejo em aprender
22.	As crianças acolhidas apresentam dificuldades de aprendizagem
23.	As crianças acolhidas apresentam alterações do sono durante o acolhimento
24.	As crianças acolhidas apresentam-se apáticas durante o acolhimento
25.	As crianças acolhidas estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento
26.	As crianças acolhidas têm facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos durante o acolhimento
27.	As crianças acolhidas apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento
28.	As crianças acolhidas sentem-se diminuídas durante o acolhimento
29.	As crianças acolhidas isolam-se durante o acolhimento
30.	As crianças acolhidas apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento
31.	As crianças acolhidas têm facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento
32.	As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre quatro a seis meses
33.	As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre sete a doze meses
34.	As crianças acolhidas permanecem em acolhimento mais de doze meses
35.	As crianças acolhidas são adoptadas
36.	As crianças acolhidas retornam à família de origem
37.	As crianças acolhidas são encaminhadas para lares de infância e juventude
38.	As crianças acolhidas apresentam necessidade de acompanhamento psicológico durante o acolhimento
39.	As crianças acolhidas questionam os adultos sobre o seu futuro durante o acolhimento
40.	As crianças acolhidas mantêm contacto com os adultos da instituição após alta institucional

A segunda parte do Questionário visa conhecer a percepção dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário sobre as práticas profissionais. A terceira parte do questionário visa conhecer a percepção dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário sobre o sistema de acolhimento em vigor. Considerámos importante incluir a segunda e a terceira parte neste questionário, por termos a noção de que o trabalho dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário poderá ter impactos duros nas suas vidas. No final do questionário, encontra-se um espaço de Observações, de preenchimento facultativo, destinado aos profissionais que considerem importante acrescentar outras vivências de natureza pertinente.

A segunda parte do questionário *O olhar sobre os profissionais*, constituída por vinte itens, refere-se às opiniões acerca das práticas dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário.

Segue-se o quadro relativo aos vinte itens incluídos na segunda parte do questionário (Quadro 15).

Quadro 15. Segunda parte do Questionário: *O olhar sobre os profissionais*

1.	Existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento
2.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem gratificação profissional
3.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem motivação profissional
4.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilhar experiências com colegas de outros centros de acolhimento
5.	Os profissionais dos centros de acolhimento partilham experiências com colegas de outros centros de acolhimento
6.	Os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se durante o acolhimento das crianças
7.	Os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se na despedida das crianças acolhidas
8.	Os profissionais dos centros de acolhimento pensam nas crianças acolhidas fora do horário laboral
9.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade em se distanciarem das crianças acolhidas
10.	Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na adopção de uma das crianças acolhidas
11.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela tutela
12.	Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram a sua remuneração compatível com a sua responsabilidade profissional
13.	Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram as suas opiniões valorizadas pela tutela
14.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade
15.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilha de sentimentos dentro da própria equipa de trabalho
16.	Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na mudança de local de trabalho
17.	Os profissionais dos centros de acolhimento recebem formação especializada em exercício profissional
18.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de formação especializada
19.	Os profissionais dos centros de acolhimento beneficiam de supervisão técnica
20.	Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de supervisão técnica

A terceira parte do questionário *O olhar sobre o sistema*, constituída por seis itens, refere-se às opiniões dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário sobre o Sistema de Acolhimento em vigor.

Segue-se o quadro relativo aos seis itens incluídos na terceira parte do questionário (Quadro 16).

Quadro 16. Terceira parte do Questionário: *O olhar sobre o sistema*

1.	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre um mês e dois meses
2.	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre três e quatro meses
3.	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre cinco e seis meses
4.	Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com a tutela
5.	Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com as comissões de protecção de crianças e jovens
6.	Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com os tribunais

Optámos pela elaboração de questões fechadas, numa escala de medida ordinal de cinco pontos (Escala de Likert), que denota uma gradação, devendo o inquirido indicar em relação a cada uma das questões, uma de cinco posições: *Discorda totalmente*, *Discorda parcialmente*, *Não concorda nem discorda*, *Concorda parcialmente* e *Concorda totalmente*. As respostas foram cotadas com pontuações de 1 a 5. Considerámos que a forma de questão fechada seria a mais flexível, podendo os sujeitos inquiridos exprimir o seu acordo ou desacordo, entre as modalidades acima referidas. No final do Questionário foi colocado um espaço aberto e facultativo de resposta, com objectivo de permitir aos sujeitos inquiridos poderem complementar as respostas dadas, dando-lhes a possibilidade de fornecerem informação adicional acerca da temática. Este espaço obteve uma escassa adesão por parte dos profissionais.

Procedimento

Num primeiro momento o Questionário foi aplicado, em situação de pré-teste a uma amostra reduzida de dois profissionais de Centros de Acolhimento Temporário, com o objectivo de o submeter a uma apreciação prévia que permitisse aferir a pertinência e a adequação das questões colocadas e o melhoramento do instrumento. Com base nos comentários recolhidos procedemos à reformulação dos itens considerados ambíguos e da escala de resposta inicialmente pensada de três modalidades (sim, não, não sei), considerada pelos inquiridos limitadora por forçar à tomada de uma posição não correspondente em pleno às suas opiniões.

Após o estabelecimento de contacto telefónico com catorze Centros de Acolhimento Temporário. Doze Instituições manifestaram interesse em colaborar neste estudo, pelo que foram enviados por via postal um total de cinquenta Questionários. Estas instituições foram descritas anteriormente, quando da caracterização da amostra.

Após recepcionados os Questionários preenchidos, procedeu-se ao tratamento dos dados. A primeira etapa consistiu na construção de uma base de dados informatizada, em que foi introduzida toda a informação obtida no Questionário.

A segunda etapa do tratamento dos dados visou o tratamento estatístico da informação, com base a ordenação dos itens do Questionário, através de uma análise quantitativa e qualitativa das respostas dadas, que incluiu o apuramento das frequências obtidas nas várias respostas que configuram o Questionário, bem como o apuramento da moda (trata-se do valor da variável que ocorre com maior frequência) e da mediana (divide a distribuição das observações em duas partes com igual

dimensão e representa o valor da variável até ao qual se tem 50% das observações e após o qual se tem os restantes 50% de observações), através do recurso ao programa informático de estatística *SPSS- versão 11* (Statistical Package for the Social Sciences). Foi pois utilizada a estatística não-paramétrica.

Avaliámos a consistência interna do Questionário, de forma a verificar se existe relação entre as respostas do mesmo sujeito nas diferentes partes do questionário, sendo que as medidas que exprimem esta relação variam entre “zero” e “um”, em que o “zero” revela a inexistência de relação nas respostas e, logo, indica não haver consistência, enquanto que “um” indica haver uma consistência total nas respostas.

Assim, usámos como medida de consistência o *Coefficiente Alpha*, também designado por *Cronback Alpha* e obtivemos um *Alpha* de 0,7270, o que significa que existe consistência interna no Questionário.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“(...) A infância é, seguramente, o período mais rico, mais marcante, também mais promissor de toda a nossa existência (...)”.

(Coimbra de Matos, 1995)

Procedemos, num primeiro momento, a uma apresentação descritiva dos resultados globais obtidos para cada uma das três partes do Questionário, sendo esta efectuada com o recurso a figuras resumo (Figura 1, 1a, 2 e 3), sendo que a descrição pormenorizada da análise estatística dos dados se pode consultar em Anexo (Anexo B).

Segue-se a cada figura resumo a análise dos resultados de cada parte do questionário. Por uma questão de facilitação metodológica, a análise qualitativa é realizada, organizando os seus diferentes ítems em dimensões, por nós propostas.

Figura 1 - Modas/Percentagens e Medianas relativas ao olhar sobre as crianças

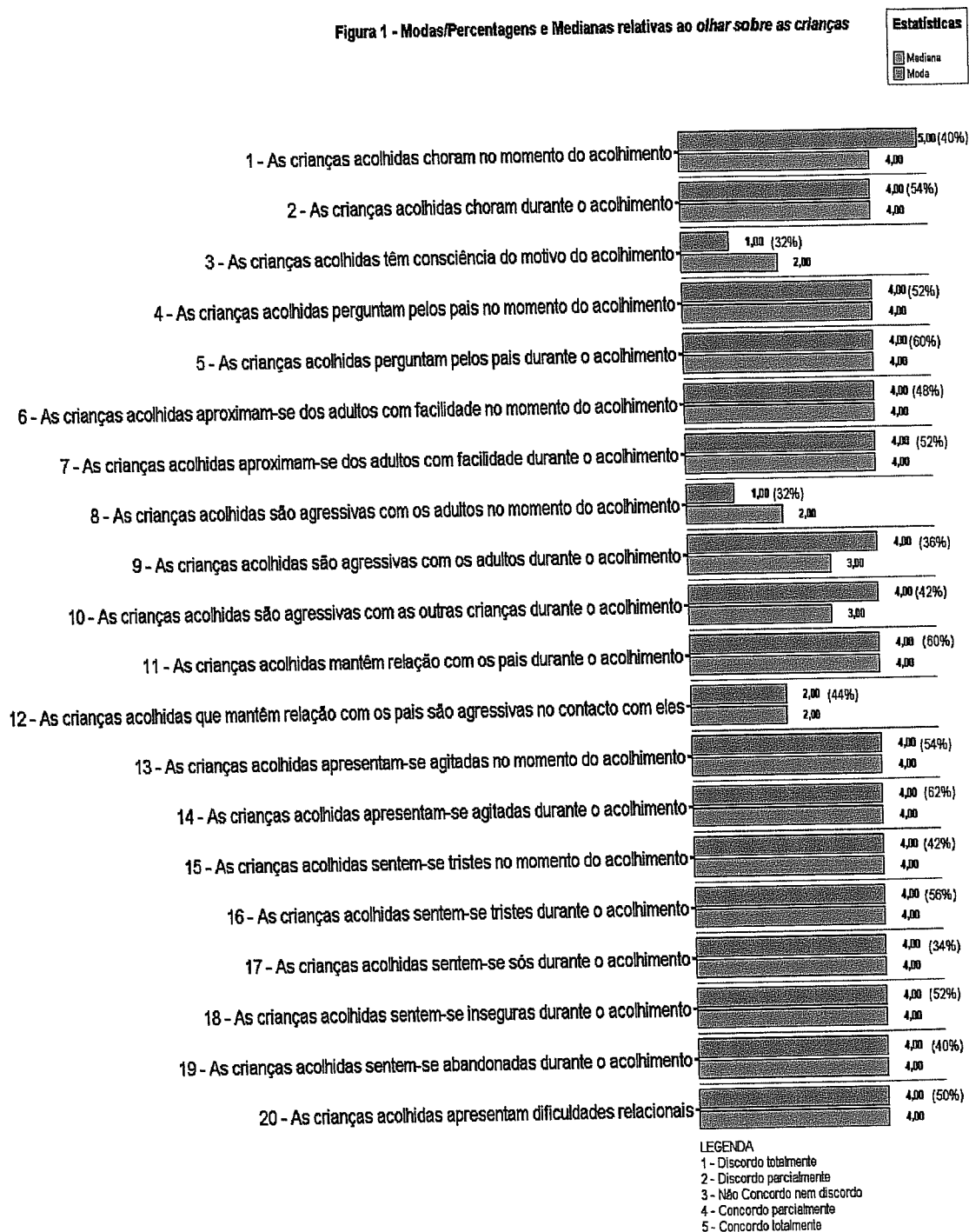
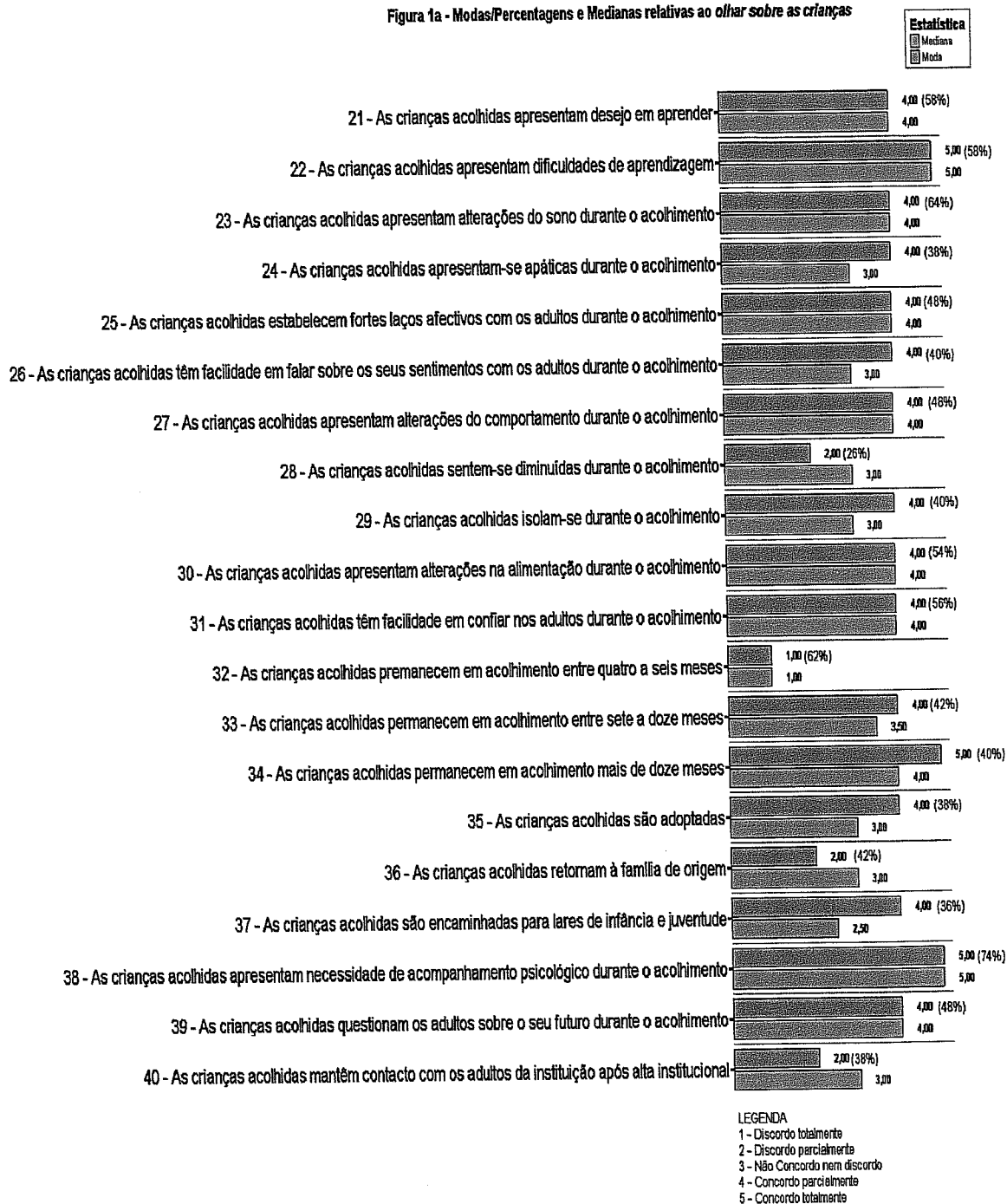


Figura 1a - Modas/Percentagens e Medianas relativas ao olhar sobre as crianças



1ª Parte do Questionário - O olhar sobre as crianças

A primeira parte do questionário é analisada, organizando os seus quarenta ítems em sete dimensões, a que atribuímos as designações descritas no Quadro 17.

Os resultados obtidos nesta primeira parte fornecem informações respeitantes à natureza dos estados emocionais da criança, mas não podem ser assimilados a um diagnóstico clínico.

Quadro 17. Dimensões relativas à primeira parte do Questionário *O olhar sobre as crianças*

A- Equivalentes depressivos;
B- Relacionamentos: B1- Com os pais; B2- Com as figuras substitutivas; B3- Com os pares;
C- Escolaridade;
D- Somatizações;
E- Necessidades psicoterapêuticas;
F- Duração do acolhimento;
G- Projectos de vida.

Segue-se o quadro relativo ao agrupamento dos quarenta ítems da primeira parte do questionário nas respectivas dimensões (Quadro 18).

Quadro 18. Itens ordenados por dimensões

A- Equivalentes depressivos
1- Choram no momento do acolhimento;
2- Choram durante o acolhimento
13- Apresentam-se agitadas no momento o acolhimento
14- Apresentam-se agitadas durante o acolhimento
15- Sentem-se tristes no momento do acolhimento;
16- Sentem-se tristes durante o acolhimento;
17- Sentem-se sós durante o acolhimento;
18- Sentem-se inseguras durante o acolhimento;
19- Sentem-se abandonadas durante o acolhimento;
24- Apresentam-se apáticas durante o acolhimento
27- Apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento
28- Sentem-se diminuídas durante o acolhimento
29- Isolam-se durante o acolhimento
B- Relacionamentos
4- Perguntam pelos pais no momento do acolhimento (B1)
5- Perguntam pelos pais durante do acolhimento (B1)
6- Aproximam-se dos adultos com facilidade no momento do acolhimento (B2)
7- Aproximam-se dos adultos com facilidade durante o acolhimento (B2)
8- São agressivas com os adultos no momento do acolhimento (B2)
9- São agressivas com os adultos durante o acolhimento (B2)
10- São agressivas com as outras crianças durante o acolhimento (B3)
11- Mantêm relações com os pais durante o acolhimento (B1)
12- São agressivas no contacto com os pais (B1)
20- Apresentam dificuldades relacionais (B);
25- Estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento (B2)
26- Têm facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos durante o acolhimento
31- Tem facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento (B2)
C- Escolaridade

21- Apresentam desejo em aprender
22- Apresentam dificuldades de aprendizagem;
D- Somatizações
23- Apresentam alterações do sono durante o acolhimento
30- Apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento
E- Necessidades psicoterapêuticas
38- Apresentam necessidade de acompanhamento psicológico durante o acolhimento
F- Duração do acolhimento
32- Permanecem em acolhimento entre 4 e 6 meses
33- Permanecem em acolhimento entre 7 a 12 meses
34- As crianças permanecem em acolhimento mais de 12 meses
G- Projectos de vida
35- São adoptadas
36- Retornam à família de origem
37- São encaminhadas para lares de infância e juventude
39- Questionam o adulto sobre o seu futuro durante o acolhimento

Os resultados mais significativos obtidos na primeira parte do Questionário, constam no Quadro 19.

A interpretação que fazemos dos resultados baseia-se essencialmente nas teorias que expusemos nos capítulos anteriores e, sempre que possível, em estudos empíricos ou científicos.

Quadro 19. Resultados significativos obtidos na primeira parte do Questionário

O olhar sobre as crianças

ITEM	PERCENTAGEM	DIMENSÃO
1- Choram no momento do acolhimento;	40% CT e 28% CP	A- Equivalentes depressivos
2- Choram durante o acolhimento	54% CP	A- Equivalentes depressivos
13- Apresentam-se agitadas no momento o acolhimento	54% CP e 30% CT	A- Equivalentes depressivos
14- Apresentam-se agitadas durante o acolhimento	62% CP e 10% CT	A- Equivalentes depressivos
15- Sentem-se tristes no momento do acolhimento;	42% CP e 34% CT	A- Equivalentes depressivos
16- Sentem-se tristes durante o acolhimento;	56% CP e 10% CT	A- Equivalentes depressivos
17- Sentem-se sós durante o acolhimento;	34% CP e 18% CT	A- Equivalentes depressivos
18- Sentem-se inseguras durante o acolhimento;	52% CP e 28% CT	A- Equivalentes depressivos
19- Sentem-se abandonadas durante o acolhimento;	40% CP e 18% CT	A- Equivalentes depressivos
27- Apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento	48% CP e 32% CT	A- Equivalentes depressivos
20- Apresentam dificuldades relacionais;	50% CP e 28% CT	B- Relacionamentos
4- Perguntam pelos pais no momento do acolhimento	52% CP	B1- Relacionamentos
5- Perguntam pelos pais durante do acolhimento	60% CP	B1- Relacionamentos
11- Mantêm relações com os pais durante o acolhimento	60 % CP	B1- Relacionamentos
12- São agressivas no contacto com os pais	44% DP e 34% DT	B1- Relacionamentos
6- Aproximam-se dos adultos no momento do acolhimento	48% CP e 10% CT	B2- Relacionamentos
7- Aproximam-se dos adultos durante o acolhimento	52% CP e 40% CT	B2- Relacionamentos
25- Estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento;	46% CP e 42% CT	B2- Relacionamentos
31- Tem facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento.	56% CP e 10% CT	B2- Relacionamentos
21- Apresentam desejo em aprender	58% CP e 8% CT	C- Escolaridade
22- Apresentam dificuldades de aprendizagem;	58% CT e 36% CP	C- Escolaridade

23- Apresentam alterações do sono durante o acolhimento;	64% CP e 26% CT	D- Somatizações
30- Apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento;	54% CP	D- Somatizações
38- Apresentam necessidade de acompanhamento psicológico durante o acolhimento;	74% CT e 22 CP	E-Necessidades psicoterapêuticas
32- Permanecem em acolhimento entre 4 e 6 meses;	62% DT e 20% DP	F- Duração do acolhimento
34- As crianças permanecem em acolhimento mais de 12 meses	40% CT e 32% CP	F- Duração do acolhimento
39- Questionam o adulto sobre o seu futuro durante o acolhimento.	46% CP e 32% CT	G- Projectos de vida

Legenda: DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente;

CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente

Da análise do Quadro 19, no que se refere à dimensão *Equivalentes depressivos*, verificamos que um número significativo de profissionais identifica, de forma consensual, na maior parte das crianças acolhidas: choro, agitação, tristeza, solidão, insegurança, sentimentos de abandono e alterações de comportamento.

Alguns destes sinais, nomeadamente o choro, são referidos nos trabalhos de Bowlby (1982), Ainsworth (1978), Heinicke (1956) a propósito das reacções identificadas em crianças pequenas separadas das mães (ou substitutos). Os estudos de Spitz mostraram como os bebés reagiam ao afastamento e perda da mãe, com sinais e sintomas tão fortes como a alteração alimentar com perda de apetite, como a insónia, ou as perturbações de comportamento, com agitação psicomotora, destacando o sofrimento depressivo.

A tendência depressiva tem sido destacada por vários autores. Com efeito, Ferreira, T. (cit. por Strecht, 1997) refere-se aos níveis depressivos encontrados nas crianças que vivem precocemente experiências traumáticas. Martinet (2000) refere-se à tendência depressiva que se pode desenvolver na criança vítima de maus-tratos.

Outros autores dão conta de uma forte associação entre o abuso da criança e o subsequente desenvolvimento de baixa auto-estima e depressão (Kaufman, 1981; Kaufman & Crittenden, 1989; Toth & Cicchetti, 1996). Strecht (1997) refere que a organização psíquica das crianças demonstra, muitas vezes, uma fragilidade do Eu (falhas depressivas precoces e primárias), uma fragilidade narcísica, predominando o agir como uma tentativa de sobrevivência do *self*.

As alterações do comportamento são consideradas por Ajuriaguerra & Marcelli (1991,1998). Strecht (2002, p. 135) refere que *“as queixas do comportamento têm muito a ver com a dificuldade em mentalizar as dificuldades psíquicas, constituindo-se como fugas para a frente no que é descrito como a patologia do agir.*

Ao nível da dimensão *Relacionamentos*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário identificam, que a maior parte das crianças apresentam dificuldades relacionais, perguntam pelos pais no momento e durante o acolhimento, mantêm relações com os pais durante o acolhimento, não são agressivas no contacto com os pais, aproximam-se dos adultos no momento e durante o acolhimento, estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento e têm facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento.

Grande parte dos autores refere existir dificuldades de relacionamento nas crianças que passaram por experiências traumáticas (Bowlby, 1981; 1982), assim como uma necessidade excessiva de afecto (Guex, 1950; Bowlby, 1981; 1982). Para Aber & Allen (1987, cit. por Morais, 2001), as crianças maltratadas apresentam uma excessiva dependência do adulto. Os estudos empíricos mostram que as crianças maltratadas levam, para a sua relação com os outros, o conflito de aproximação - evitamento originariamente vivenciado com os pais, o que resulta em padrões muito desajustados de relacionamento (Figueiredo, 1998 a).

Relativamente à dimensão *Escolaridade*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário identificam, que a maior parte das crianças apresentam desejo em aprender mas apresentam dificuldades de aprendizagem.

O fracasso escolar e, em menor medida, o desinteresse ou o desinvestimento escolares são muito frequentes (Marcelli, 1998). Ainsworth (1962, cit. por Soulé, Lauzanne & Leblanc, 1995), refere que a eficiência intelectual se encontra diminuída por um grande investimento narcísico. A respeito das dificuldades escolares, Strecht (2002, p. 243) refere que “(...) *na maioria dos casos, o que está em causa não são falhas do ponto de vista cognitivo, mas sim a ausência de um bem-estar emocional que crie disponibilidade interior para manter um desejo de conhecer e prazer de aprender*”.

No que diz respeito à dimensão *Somatizações*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário identificam, que a maior parte das crianças apresentam alterações do sono e na alimentação durante o acolhimento.

Há uma predisposição para o desenvolvimento somático (Soulé, Lauzanne & Leblanc, 1995). Berger, (1998) refere-se também às perturbações psicossomáticas que as crianças podem desenvolver. Strecht (2002, p.171) refere que as alterações de sono “(...) *são das mais frequentes em qualquer idade do desenvolvimento, e sem serem graves são um sinal importante de situações de maior tensão emocional (...)* e que “(...) *na primeira infância dificuldades alimentares têm quase sempre uma causa relacional importante*”.

Quanto à dimensão *Necessidades psicoterapêuticas*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário consideram que a maior parte das crianças apresentam necessidade de apoio psicológico.

Relativamente à dimensão *Duração do acolhimento*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário consideram que a maior parte das crianças não permanecem em acolhimento entre 4 e 6 meses e permanecem em acolhimento mais de 12 meses.

Este resultado evidencia que a maior parte das crianças permanece em acolhimento temporário por um período não inferior a seis meses, muitas vezes superior a 12 meses, ao contrário do que seria desejável. Embora, muitas vezes, esta situação apareça como a única fórmula possível de ajuda, de acordo com o que é referido na literatura, poderá constituir um risco acrescido para a criança acolhida ao poder potenciar outra experiência traumática. Com efeito, a necessidade de uma prestação de cuidados suficientemente boa, preconizada por Winnicott, implica a existência de um meio capaz de produzir e manter relações afectivas e de boa qualidade (Strecht, 1997). Berger (1998), refere que a colocação, como medida transitória, pode tornar-se erosiva se se perpetuar sem critérios, fragilizando uma criança pela sucessão dos vínculos e das separações que pode exigir.

Seabra Diniz (1993, p. 114) realça que “(...) *o que hoje sabemos sobre a génese e desenvolvimento da relação da criança com a mãe, e dos inconvenientes que podem surgir quando esse desenvolvimento é perturbado por factores de várias ordens, permite-nos afirmar que uma criança privada de família terá tanto melhores possibilidades de desenvolvimento quanto mais cedo encontrar um substituto materno suficientemente bom (...)*”. Para uma solução ser boa, tem de sê-lo no presente e, ao mesmo tempo, ser razoável pensar que continuará a sê-lo no futuro (Seabra Diniz, 1993).

Na dimensão *Projectos de vida*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário consideram que a maior parte das crianças questionam o adulto sobre o seu futuro durante o acolhimento.

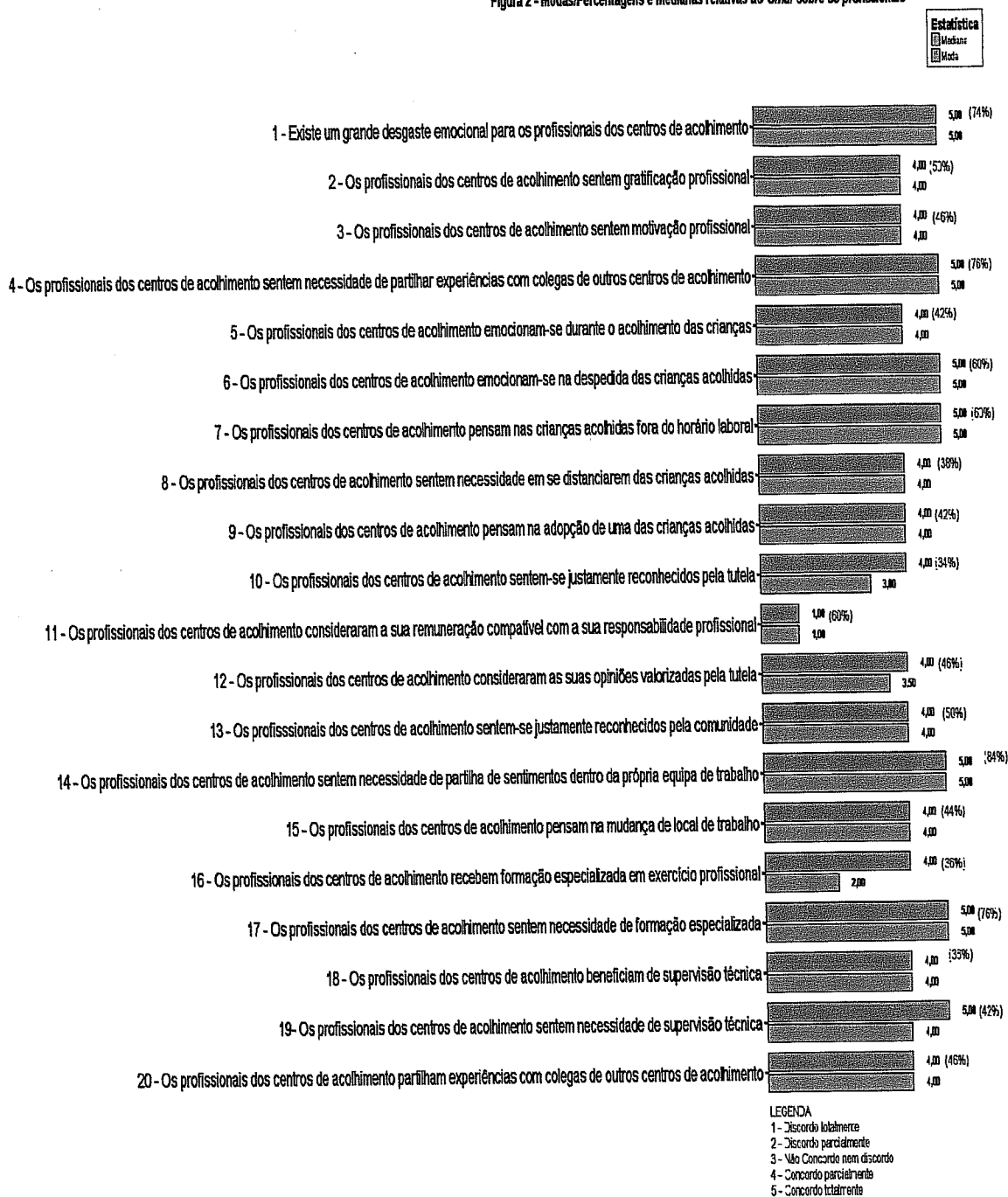
Bolwby (1982, p. 128), refere que uma das fontes mais comuns de raiva na criança é a frustração do seu desejo de amor de cuidados, e de que a sua ansiedade geralmente reflecte a incerteza quanto à disponibilidade dos pais.

Resultados mais dispersos foram encontrados entre os seguintes ítems, pelo que não podemos considerar consensualmente aceite entre os profissionais que, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sejam agressivas se sintam diminuídas durante o acolhimento, se isolem durante o acolhimento, com os adultos e com as outras crianças, se apresentem apáticas durante o acolhimento, tenham facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos. Grande parte destes aspectos não sendo identificados, contradizem o que tem sido estudado por vários autores a respeito das reacções das crianças que experimentaram situações traumáticas. Pensamos que a dispersão das respostas dos profissionais se poderá relacionar com as diferenças de comportamento próprias das crianças acolhidas, de acordo com a fase de desenvolvimento em que se encontram e as respectivas faixas etárias.

Não podemos ainda considerar consensualmente aceite que as crianças acolhidas sejam adoptadas, retornem à família de origem, mantenham o contacto com os adultos após alta institucional e sejam encaminhadas para lares de infância e juventude. Estes resultados vão de encontro ao esperado, dado que a definição dos projectos de vida depende das circunstâncias individuais de cada caso.

De seguida, apresentamos a figura resumo (Figura 2) dos resultados globais obtidos na segunda parte do Questionário *O olhar sobre os profissionais*, acompanhada da respectiva interpretação.

Figura 2 - Modas/Percentagens e Medianas relativas ao olhar sobre os profissionais



2ª Parte do Questionário - O olhar sobre os profissionais

A segunda parte do questionário é analisada, organizando os seus vinte itens em três dimensões, a que atribuímos as designações descritas no Quadro 20.

Quadro 20. Dimensões relativas à segunda parte do Questionário *O olhar sobre os profissionais*

A- Envolvimento afectivo
B- Realização profissional
C- Formação especializada

Segue-se o quadro relativo ao agrupamento dos vinte itens da segunda parte do questionário nas respectivas dimensões (Quadro 21).

Quadro 21. Itens ordenados por dimensões

A- Envolvimento afectivo	
1-	Existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento
6-	Emocionam-se durante o acolhimento das crianças
7-	Emocionam-se na despedida das crianças acolhidas
8-	Pensam nas crianças acolhidas fora do horário de trabalho
9-	Sentem necessidade de se distanciarem das crianças acolhidas
10-	Pensam na adopção de uma das crianças acolhidas
15-	Necessidade de partilhar sentimentos dentro da própria equipa de trabalho
B- Realização profissional	
2-	Sentem Gratificação profissional
3-	Sentem motivação profissional
11-	Sentem-se justamente reconhecidos pela tutela
12-	Consideram a remuneração compatível com as suas responsabilidades profissionais

13- Consideram as suas opiniões valorizadas pela tutela
14- Sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade
16- Pensam na mudança de local de trabalho
C- Formação especializada
4- Sentem necessidade de partilhar experiências com outros colegas de outros centros de acolhimento
5- Partilham experiências com outros colegas de outros centros
17- Recebem formação especializada
18- Sentem necessidade de formação especializada
19- Beneficiam de supervisão técnica
20- Sentem necessidade de supervisão técnica

Os resultados mais significativos, obtidos na primeira parte do Questionário, constam no Quadro 22.

Quadro 22. Resultados significativos obtidos na segunda parte do Questionário

O olhar sobre os profissionais

ITEM	PERCENTAGEM	DIMENSÃO
1- Existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento	74% CT	A- Envolvimento afectivo
6- Emocionam-se durante o acolhimento das crianças	42% CP e 38% CT	A- Envolvimento afectivo
7- Emocionam-se na despedida das crianças acolhidas	60% CT	A- Envolvimento afectivo
8- Pensam nas crianças acolhidas fora do horário de trabalho	60% CT e 40 % CP	A- Envolvimento afectivo
9- Sentem necessidade de se distanciarem das crianças acolhidas	38 % CP e 18% CT	A- Envolvimento afectivo
10- Pensam na adopção de uma das crianças acolhidas	42% CP e 16% CT	A- Envolvimento afectivo

15- Necessidade de partilhar sentimentos dentro da própria equipa de trabalho	84% CT e 16% CP	A- Envolvimento afectivo
2- Sentem Gratificação profissional	50% CP e 36% CT	B- Realização Profissional
3- Sentem motivação profissional	46% CP e 40% CT	B- Realização Profissional
12- Consideram a remuneração compatível com as suas responsabilidades profissionais	60% DT	B- Realização Profissional
14- Sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade	50% CP e 10% CT	B- Realização Profissional
16- Pensam na mudança de local de trabalho	44% CP e 16% CT	B- Realização Profissional
4- Sentem necessidade de partilhar experiências com outros colegas de outros centros de acolhimento	76% CT	C- Formação especializada
5- Partilham experiências com outros colegas	46% CP e 16% CT	C- Formação especializada
18- Sentem necessidade de formação especializada	76% CT e 22% CP	C- Formação especializada
20- Sentem necessidade de supervisão técnica	46% CT e 34% CP	C- Formação especializada

Legenda: DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente;

CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente

Da análise do Quadro 22, no que se refere à dimensão *Envolvimento afectivo*, verificamos que um número significativo de profissionais identifica, de forma consensual que, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento se emocionam durante o acolhimento das crianças e na sua despedida, pensam nas crianças acolhidas fora do horário de trabalho, sentem necessidade de se distanciarem das crianças acolhidas, pensam na adopção de uma das crianças acolhidas, sentem necessidade de partilhar sentimentos dentro da própria equipa de trabalho e existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento.

Na dimensão *Realização profissional*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário consideram que a maior parte das vezes sentem gratificação e motivação

profissional, sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade, não consideram a remuneração compatível com as suas responsabilidades profissionais, e pensam na mudança de local de trabalho.

Estes resultados apontam para uma insatisfação geral dos técnicos que poderá não ser mais do que um reflexo da insatisfação geral do país. Ainda assim, os profissionais parecem encontrar outras fontes de satisfação profissional, provavelmente uma delas será o investimento nas crianças, tendo em conta as outras respostas dadas.

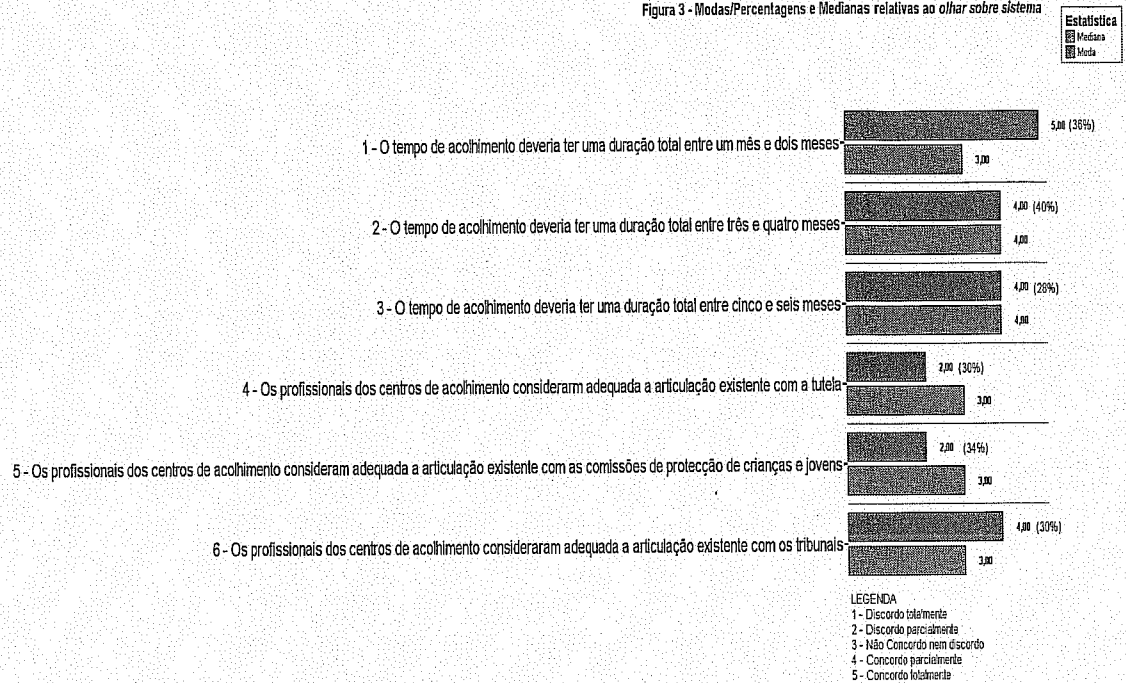
Ao nível da dimensão *Formação especializada*, os profissionais dos centros de acolhimento temporário identificam de forma consensual a necessidade de partilha de experiências com colegas de outros centros de acolhimento e a necessidade de formação especializada e de supervisão técnica.

Estes resultados parecem ser indicadores de uma necessidade profissional de maior preparação e de maior apoio, que acrescentamos parecer-nos fundamental à acção, a mais imediata possível, de quem disponha de conhecimentos técnicos, cruzados de forma interdisciplinar e interinstitucional, que se puderem ser aplicados por profissionais qualificados, ajudarão as crianças a crescer sem maiores dificuldades e com redução de riscos psicológicos.

Resultados mais dispersos foram encontrados entre os seguintes ítems, pelo que não podemos concluir acerca dos técnicos se sentirem justamente reconhecidos pela tutela, considerarem as suas opiniões valorizadas pela tutela e receberem formação especializada em exercício profissional.

De seguida, apresentamos a figura resumo (Figura 3) dos resultados globais obtidos na terceira parte do Questionário *O olhar sobre o sistema*, acompanhada da respectiva interpretação.

Figura 3 - Modas/Percentagens e Medianas relativas ao olhar sobre sistema



3ª Parte do Questionário - O olhar sobre o sistema

A terceira parte do questionário é analisada, organizando os seus seis ítems em duas dimensões, a que atribuímos as designações descritas no Quadro 23.

Quadro 23. Dimensões relativas à terceira parte do Questionário *O olhar sobre o sistema*

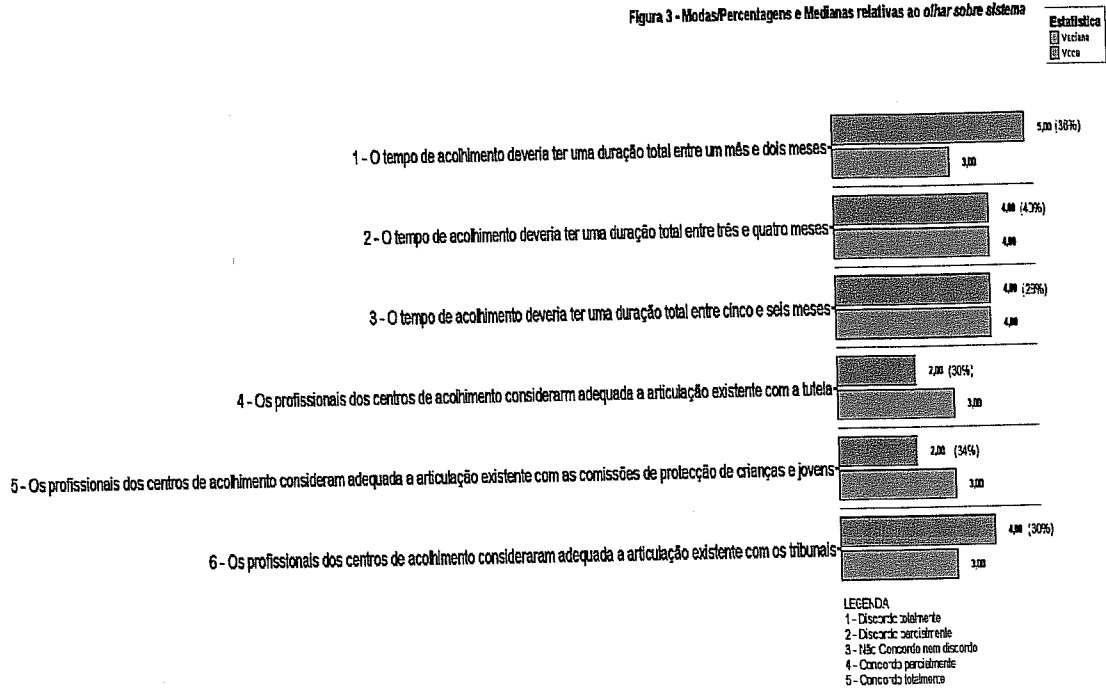
A- Duração do acolhimento
B- Articulações

Segue-se o quadro relativo ao agrupamento dos seis ítems da segunda parte do questionário nas respectivas dimensões (Quadro 24).

Quadro 24. Ítems ordenados por dimensões

A- Duração do acolhimento	
1-	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre 1 e 3 meses
2-	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre 3 e 4 meses
3-	O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre 5 e 6 meses
B- Articulações	
4-	Adequada articulação existente com a tutela
5-	Adequada articulação existente com as CPCJ
6-	Adequada articulação existente com os tribunais

Figura 3 - Modas/Percentagens e Medianas relativas ao olhar sobre sistema



Os resultados mais significativos obtidos na terceira parte do Questionário, constam no Quadro 25.

Quadro 25. Resultados significativos obtidos na terceira parte do Questionário

O olhar sobre o sistema

ITEM	PERCENTAGEM	DIMENSÃO
2- O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre 3 e 4 meses;	40% CP e 14% CT	A- Duração do acolhimento
3- O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre 5 e 6 meses.	28% CP e 26% CT	A- Duração do acolhimento

Legenda: DT: Discordo totalmente; DP: Discordo parcialmente;

CP: Concordo parcialmente; CT: Concordo totalmente

Da análise do Quadro 25, no que se refere à dimensão *Duração do acolhimento*, verificamos que um número significativo de profissionais considera de forma consensual que o tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre três e quatro meses ou entre cinco e seis meses. Este resultado está de acordo com o que a literatura considera importante.

Resultados mais dispersos foram encontrados entre os seguintes ítems, pelo que não podemos concluir acerca dos profissionais dos centros de acolhimento considerarem adequada a articulação com a tutela, com as CPCJ e com os tribunais. Supomos que este resultado se deverá à diversidade de experiências

CONCLUSÃO

“Qualquer casa constrói-se pelos alicerces. Qualquer país que deseje melhorar o bem-estar psíquico, físico e social dos seus cidadãos, pode e deve começar a apostar numa forte saúde materno-infantil”.

Strecht (2002, p.31)

Pretendemos, através deste estudo, aceder à compreensão das consequências psicológicas do abandono e do acolhimento temporário das crianças, tendo por base as teorias de vários autores, nomeadamente a teoria de Guex (1950) e de Bowlby (1982), assim como os sinais de sofrimento psicológico das crianças acolhidas, consensualmente identificados pelos profissionais dos centros de acolhimento.

Verificámos, através das respostas ao questionário, que os profissionais identificam de forma consensual alguns sinais de sofrimento psicológico nas crianças, tais como equivalentes depressivos, manifestações somáticas, dificuldades de aprendizagem, dificuldades relacionais e grande necessidade de afecto (avidez afectiva, retomando Guex), corroborando, em diversos aspectos, com as teorias apresentadas anteriormente.

Do ponto de vista da duração do acolhimento temporário, constatámos que os profissionais referem de forma consensual que a maior parte das crianças permanece em acolhimento por um período não inferior a seis meses e, muitas vezes superior, a 12 meses, ao contrário do que seria desejável. Com base nos estudos de Bowlby (1982), ao considerar que a persistência da descontinuidade afectiva por tempo suficientemente longo, torna possível que a criança, impossibilitada de estabelecer vínculos com figuras específicas, se torne incapaz de estabelecer vínculos, leva-nos a

inferir a forte possibilidade de que quanto maior for o tempo de acolhimento temporário, mais significativas serão as manifestações traumáticas das crianças.

Os resultados obtidos são ainda indicadores da necessidade de formação especializada e de supervisão técnica, consensualmente sentida por parte dos profissionais.

Dada a dimensão da amostra e dado que as consequências psicológicas serão diferentes em função de vários factores (nomeadamente em função da própria criança, da fase de desenvolvimento em que se encontra, da frequência, do tipo e da intensidade das situações traumáticas e também da resposta dos pais ou dos seus substitutos, mais ou menos provisórios), estes resultados não poderão ser generalizados. Poderão, contudo, constituir um contributo importante para uma reflexão e discussão científica em torno do actual sistema de acolhimento temporário, assim como fornecer pistas para abrir novos caminhos de investigação.

Como propostas de investigação futura, julgamos pertinente a realização de um estudo de carácter longitudinal, com controlo de variáveis (nomeadamente a idade das crianças acolhidas e a definição que os técnicos têm dos conceitos), que torne possível operacionalizar uma futura caracterização/ tipologia do *Abandono Psicológico*. Talvez este seja um dos caminhos possíveis para criar um modelo teórico comum, em termos interdisciplinares, que ajude a perceber como articular dinamicamente a dimensão externa da realidade, onde o Direito actua, com a sua dimensão interna, onde imperam os afectos.

Para finalizar, lembramos que em saúde mental, o fundamental é a prevenir. Quando tal falha, os melhores resultados são obtidos, quanto mais cedo se colmatar essa lacuna. Por consequência, o ideal seria que nas crianças acolhidas se pudesse

“cicatrizar” o mais rapidamente possível as situações abandonadas. Embora sabendo que estas dependem da qualidade dos cuidados maternos prestados desde a nascença e que as crianças têm já, na maior parte das vezes, vivências de anos nesse estado, o ideal seria que, durante o acolhimento, fosse possível corrigir esses sentimentos. Daqui se conclui a necessidade dos técnicos dos centros de acolhimento terem uma formação específica nesta área, de forma a detectar e a corrigir os tipos de afecto que estas crianças podem vir a apresentar: *tipo negativo - agressivo e tipo positivo - amante* (retomando a teoria de Guex). Conclui-se ainda que as crianças acolhidas devem ser o mais rapidamente entregues às suas “famílias de adopção”, de forma a receberem a constância do amor necessária ao seu desenvolvimento.

Com base nos estudos de Guex, ao reconhecer em adultos sinais abandonados da infância, é lícito inferir com grande grau de possibilidade e de probabilidade que muitas crianças apresentam sinais de mal-estar que podem ser consideradas precursores de sintomas abandonados.

“Valeria a pena ainda relembrar o seguinte:

- não ser gostado implica insegurança. Insegurança leva a maior dependência emocional. Esta fomenta a regressão, o desejo de involuir, estagnar, ou então, o medo de conhecer, o desejo de ignorar, esquecer ou, em último caso, agredir, destruir, morrer;

- a segurança promove a autonomia. A autonomia promove o gosto de descobrir, conhecer. Conhecer favorece o desejo de crescer, pensar, sonhar, criar, viver” (Strecht, 2002, p. 245).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A., André, I., Almeida, H.. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise Social*, XXXIX (150), 91-121.

Almeida, A., André, I., Almeida, H.. (2001). *Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal. Relatório Final*. Assembleia da República.

Ajuriaguerra, J. (1974). *Manual de Psicopatologia Infantil*. Ed. Masson.

Ariès, Ph. (1988). *A criança e a vida familiar no antigo regime*. Lisboa: Relógio D' Água.

Badinter, E. (s.d.). *O amor incerto: historio do amor maternal do séc. XVII ao séc. XX*. Lisboa : Relógio D' Água.

Bénon, N. (1954). Frustration Affective et Sentiment D'Abandon. *Revista Criança Portuguesa*, 14, 237-247.

Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Climepsi Editores.

Brazelton, T., Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença.

Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento de laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Canavarro, M. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Canha, J. (2000). *Criança maltratada. O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospectivo de 5 anos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, (2002). *Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2001*. Lisboa: IDS.

Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.

Cruz, A. (Org.) (s.d.). *A Vinculação "Attachement"*. Colecção Educação e Reabilitação. Lisboa: Socicultur (Tradução do original em língua francesa L'Attachement. Suisse: Delachaux et Niestlé, 1974).

Figueiredo, B. (1998). Maus Tratos à Criança e ao Adolescente (I): Situação e Enquadramento da problemática. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, 5-20.

Figueiredo, B. (1998a). Maus Tratos à Criança e ao Adolescente (II): Considerações a Respeito do Impacto Desenvolvimental. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, 197-216.

Ferreira, F. (2001). *Luzes e Sombras. Reflexão dos Aspectos Psicológicos e Jurídicos da Adopção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Legal. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ferreira, T (2002). *Em Defesa da Criança*. Lisboa: Assírio & Alvim.

FUA, D. (1996). La peur de l'abandon légal: violence exercée par la société l'encontre de parents et d'enfants vulnérable. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 44^o Année, n^o 134-139.

Gabel, M. (1995). Définir la maltraitance : limites des études épidémiologiques. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. IV) (2389-2392). Paris : Presses Universitaires de France.

Gallardo, J. (1994). *Maus tratos à criança*. Porto: Porto Editora.

Gaspari- Carrière, F. (1989). *Les Enfants de L'Abandon. Traumatismes et Déchirures Narcissiques*. Toulouse: Editions Privat.

Goldstein, J.; Freud, A.; Solint, A.J. (1987). *No interesse da criança?* Martins Fontes Editora: São Paulo.

Guex, G. (1950). *Lê Syndrome D'Abandon*. Paris: PUF.

Guia de Recursos para Apoio ao Acompanhamento das Crianças e Jovens (s.d.). IDS/CNPCJR.

Henriques, D. (1988). A criança carenciada de meio familiar normal. *Jornal de Psicologia*, 7 (5), 15-17.

Kreisler, L. (1995). Les enfants victimes des sévices. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. IV) (pp. 2365-2382). Paris : Presses Universitaires de France.

Lajeunesse-Pilard, N. (1984). *Regard sur l'adandonnisme: les adolescents sans image en autrui*. Edition Éres.

Leandro, A. (1989). Problemática da criança maltratada em Portugal. Alguns aspectos jurídicos e judiciários. *Revista de Pediatria*, nº 20, 327-340.

Leandro, A. (1995). A Criança e o Jovem - Que direitos? Que Justiça? *Associação dos Psicólogos Portugueses*.

Machado, C (1996). Maus tratos de menores, vitimização e poder: proposta de um modelo integrado de análise. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1(1), 133-147.

Magalhães, T. (2002). *Maus Tratos em Crianças e Jovens*. Coimbra: Quarteto Editora.

Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra* (5ª edição). Porto Alegre: ArtMed.

Matos, A. C. (1983). O desenvolvimento infantil na perspectiva psicanalítica. *Análise psicológica*, nº 4 (III); PP 477- 486.

Matos, A. C. (1991). Violência inconsciente. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº 2, 21-25.

Matos, A. C. (1995). Infância não vivida ou inacabada. Pare, Escute e Pense- o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens. *C.D.J.S.C.P.* Lisboa.

Matos, A. C. (1996). Percursos da identidade: processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº 11, 23-33.

Matos, A. C. (1997). Crianças Maltratadas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº 14, 37- 45.

Matos, A. C. (2002). *Necessidade de aconchego. O desespero aquém da depressão.* Climepsi Editores. (Original publicado em 1982)

Motta, M. A. (2001). O abandono/ adoção: redimensionando a equação. A questão dos vínculos no processo adoptivo: perspectivas interdisciplinares [On-Line]. Available: www.lexxa.com.br/PBA/abadredil.htm.

Oliveira, R. A. (2000). Do vínculo às relações sociais: aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 157-170.

Pinto, J. (1982). Sobre a concepção de vinculação. *Análise Psicológica*, 1/2 (III), 47-66.

Rodrigues, A. (1986). Alternativas à Separação - Esboço de um Enquadramento Teórico. *Infância e Juventude*, 4, 7-16.

Rodrigues, A. (1986a.). Interesse do menor: contributo para uma definição. *Análise Psicológica*, nº 3 / 4 (IV), 461-482.

Rousselle, A. (1996). Gestos e sinais da família no império romano. In A. Burguière, C. Klapisch-Zuber, M. Segalen, & F. Zonabend (Eds.), *História da família: Mundos longínquos* (Vol. 1) (pp.203-236). Lisboa: Terramar.

Sá, E. (1993). *Psicologia dos pais e do brincar*. Lisboa: Edições Fim de Século.

Sá, E. (2002). *Adolescentes somos nós*. Lisboa: Edições Fim de Século.

Sá, E. & Cunha, M. J. (1996). *Abandono e Adopção: o nascimento da família*. Coimbra: Livraria Almedina.

Salgueiro, E. (1991). Evolução Histórica das Estruturas Sociais de Apoio à Criança - violência individual, violência familiar e violência institucional. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 2, 27-42.

Salgueiro, E. (1995). A criança e o seu futuro. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 10, 19-26.

Seabra Diniz, J. (1987). Adopção, Aspectos Psicológicos e Sociais. *Alter/Ego* (3). Lisboa, 103-110.

Shaffer (1992). *Saber Ser Mãe*. Lisboa: Edições Salamandra.

Silva, M. A. (1990). A carência de cuidados maternos e os seus efeitos no desenvolvimento da criança. *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 463-466.

Soczka, L. & Bastos, J. (Orgs.) (1976). *As Ligações Infantis*. Lisboa: Bertrand.

Sousa, E. (1995). Minorias vulneráveis: O caso das crianças maltratadas. *Análise Psicológica* 4(XIII), 489-495.

Soulé, M., Lauzanne, K. & Leblanc, N. (1995). La carence des soins maternels et ses effets. In Lebovici, S., Diatkine, R. & Soulé, M. (Eds.). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adollescent* (Vol. IV) (pp. 2529-2547). Paris : Presses Universitaires de France.

Strecht, P. (1997). *Crescer Vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Strecht, P. (2002). *Interiores*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação. Como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Textos Legais consultados:

Código Civil (1999). Coimbra: Coimbra Editores.

Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia da Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989.

Constituição da República Portuguesa (1999). Coimbra: Almedina.

Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1959.

Lei nº 147/99, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Lei nº 31/2003, de 22 de Agosto (altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-Lei nº 185/93, a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adopção).

Anexo A**Guião do Questionário**

GUIÃO DO QUESTIONÁRIO

Introdução

O estudo que realizamos insere-se no âmbito de uma Tese de Mestrado em *Psicopatologia e Psicologia Clínica* no Instituto de Superior de Psicologia Aplicada, tendo como orientador o Professor Doutor Eduardo Sá.

O presente questionário foi elaborado para ser respondido por profissionais detentores de licenciatura ou bacharelato, que exerçam funções em Centros de Acolhimento Temporário de Menores em Risco, qualquer que seja a sua formação de origem.

Através da sua aplicação, numa amostra aleatória, procuramos conhecer a percepção dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário sobre as vivências internas das crianças acolhidas, com o objectivo de realizarmos um estudo exploratório sobre o *Abandono Psicológico*.

O presente questionário encontra-se dividido em três partes, referindo-se a primeira parte ao olhar dos profissionais sobre as crianças, a segunda parte ao olhar dos profissionais sobre eles próprios e a terceira parte ao olhar dos profissionais sobre o sistema. Considerámos importante incluir a segunda e a terceira parte neste questionário, por termos a noção de que o trabalho dos profissionais dos Centros de Acolhimento Temporário poderá ter impactos duros nas suas vidas. No final do questionário, encontra-se um espaço de Observações, de preenchimento facultativo, destinado aos profissionais que considerem importante acrescentar outras vivências de natureza pertinente.

As respostas ao questionário serão apenas utilizadas para os fins próprios deste estudo. Cada profissional deverá assinalar a resposta que melhor corresponde à sua opinião.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Isabel Rosinha

Maio de 2003

QUESTIONÁRIO

Identificação

Nome do Centro de Acolhimento: _____	
Concelho: _____	
Formação de base da pessoa que preenche o questionário: _____	
Exerce funções de Direcção na Equipa Técnica?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data de preenchimento do questionário ____ / ____ / ____	

O olhar sobre as crianças

1. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas choram no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

2. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas choram durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

3. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas têm consciência do motivo do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

4. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas perguntam pelos pais no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

5. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas perguntam pelos pais durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

6. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

7. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

8. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas são agressivas com os adultos no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

9. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas são agressivas com os adultos durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

10. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas são agressivas com as outras crianças durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

11. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas mantêm relação com os pais durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

12. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas que mantêm relação com os pais são agressivas no contacto com eles

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam-se agitadas no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam-se agitadas durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se tristes no momento do acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

16. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se tristes durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

17. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se sós durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

18. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se inseguras durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

19. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se abandonadas durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

20. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam dificuldades relacionais

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

21. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam desejo em aprender

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

22. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam dificuldades de aprendizagem

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

23. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam alterações do sono durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

24. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam-se apáticas durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

25. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

26. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas têm facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

27. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

28. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas sentem-se diminuídas durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

29. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas isolam-se durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

30. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

31. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas têm facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

32. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre quatro a seis meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

33. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre sete a doze meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

34. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas permanecem em acolhimento mais de doze meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

35. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas são adoptadas

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

36. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas retornam à família de origem

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

37. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas são encaminhadas para lares de infância e juventude

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

38. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas apresentam necessidade de acompanhamento psicológico durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

39. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas questionam os adultos sobre o seu futuro durante o acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

40. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, as crianças acolhidas mantêm contacto com os adultos da instituição após alta institucional

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

O olhar sobre os profissionais

1. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

2. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem gratificação profissional

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

3. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem motivação profissional

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

4. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilhar experiências com colegas de outros centros de acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

5. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento partilham experiências com colegas de outros centros de acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

6. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se durante o acolhimento das crianças

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

7. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se na despedida das crianças acolhidas

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

8. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento pensam nas crianças acolhidas fora do horário laboral

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

9. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade em se distanciarem das crianças acolhidas

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

10. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento pensam na adopção de uma das crianças acolhidas

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

11. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela tutela

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

12. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento consideraram a sua remuneração compatível com a sua responsabilidade profissional

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento consideraram as suas opiniões valorizadas pela tutela

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilha de sentimentos dentro da própria equipa de trabalho

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento pensam na mudança de local de trabalho

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

16. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento recebem formação especializada em exercício profissional

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

17. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de formação especializada

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

18. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento beneficiam de supervisão técnica

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

19. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de supervisão técnica

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

20. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento partilham experiências com colegas de outros centros de acolhimento

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

O olhar sobre o sistema

1. Do seu ponto de vista, o tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre um mês e dois meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

2. Do seu ponto de vista, o tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre três e quatro meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

3. Do seu ponto de vista, o tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre cinco e seis meses

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

4. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com a tutela

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

5. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com as comissões de protecção de crianças e jovens

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo
Concordo parcialmente Concordo totalmente

6. Do seu ponto de vista, na maior parte das vezes, os profissionais dos centros de acolhimento consideraram adequada a articulação existente com os tribunais

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo nem discordo

Concordo parcialmente Concordo totalmente

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo B**Análise Estatística**

Análise Estatística

1ª Parte- O olhar sobre as crianças

Estatísticas

As crianças acolhidas choram no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo Parcialmente	
Moda	Concordo Totalmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	7	14,0	14,0	14,0
	Discordo parcialmente	5	10,0	10,0	24,0
	Não concordo nem discordo	4	8,0	8,0	32,0
	Concordo parcialmente	14	28,0	28,0	60,0
	Concordo Totalmente	20	40,0	40,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas choram durante o acolhimento

N	Respostas válidas	49
	Não respostas	1
Mediana	Concordo Parcialmente	
Moda	Concordo Parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	4	8,0	8,2	8,2
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,3	22,4
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,2	34,7
	Concordo parcialmente	27	54,0	55,1	89,8
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,2	100,0
Total		49	98,0	100,0	
Total		50	100,0		

Gráfico 1

As crianças acolhidas choram no momento do acolhimento

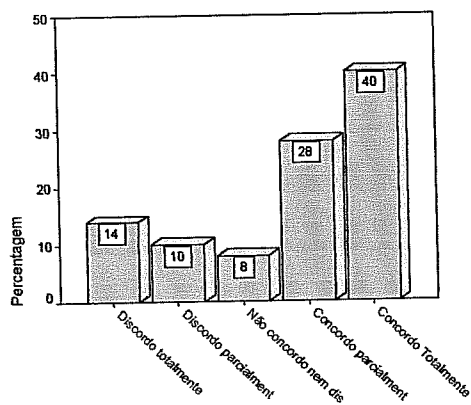
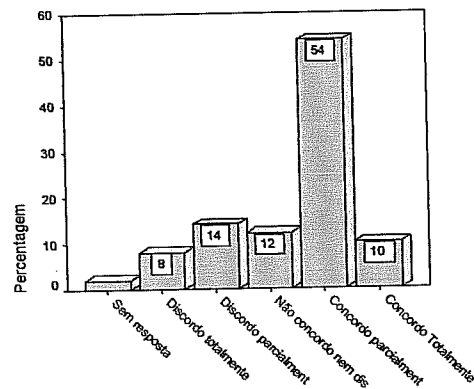


Gráfico 2

As crianças acolhidas choram durante o acolhimento ~



Estatísticas

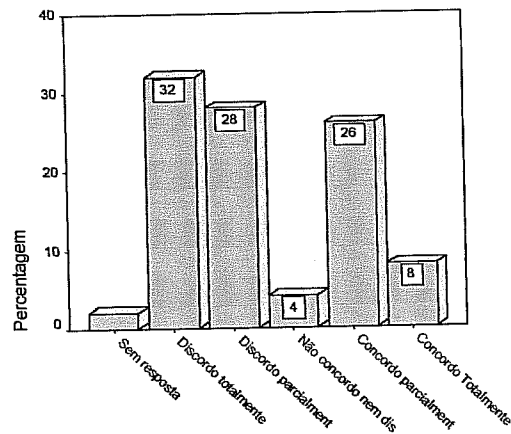
As crianças acolhidas têm consciência do motivo do acolhimento

N	Respostas válidas	49
	Não respostas	1
Mediana	Discordo Parcialmente	
Moda	Discordo Totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	16	32,0	32,7	32,7
	Discordo parcialmente	14	28,0	28,6	61,2
	Não concordo nem discordo	2	4,0	4,1	65,3
	Concordo parcialmente	13	26,0	26,5	91,8
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,2	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
	Não respostas	1	2,0		
Total		50	100,0		

Gráfico 3

As crianças acolhidas têm consciência do motivo do acolhimento



Estadísticas

As crianças acolhidas perguntam pelos pais no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percent	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	5	10,0	10,0	10,0
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,0	24,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	36,0
	Concordo parcialmente	26	52,0	52,0	88,0
	Concordo Totalmente	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Estadísticas

As crianças acolhidas perguntam pelos pais durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não Respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	3	6,0	6,0	6,0
	Não concordo nem discordo	4	8,0	8,0	14,0
	Concordo parcialmente	30	60,0	60,0	74,0
	Concordo Totalmente	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 4

As crianças acolhidas perguntam pelos pais no momento do acolhimento

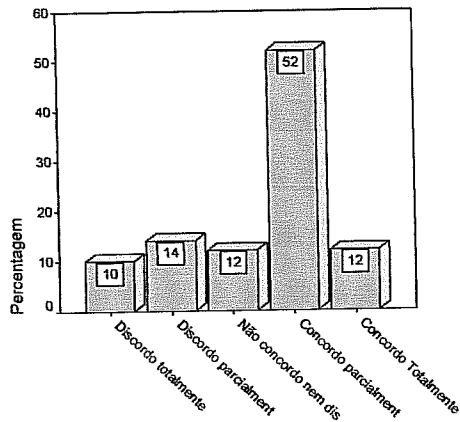
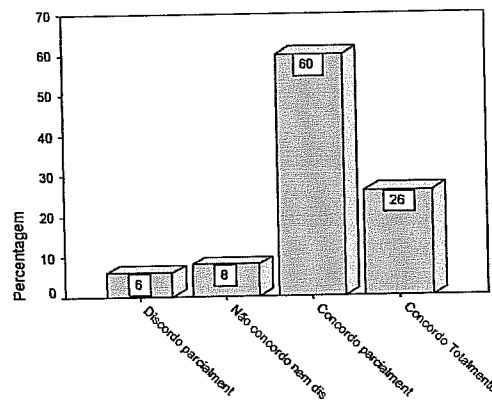


Gráfico 5

As crianças acolhidas perguntam pelos pais durante o acolhimento



Estatísticas

As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	49
	Não respostas	1
Mediana	Concordo Parcialmente	
Moda	Concordo Parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	4	8,0	8,2	8,2
	Discordo parcialmente	6	12,0	12,2	20,4
	Não concordo nem discordo	10	20,0	20,4	40,8
	Concordo parcialmente	24	48,0	49,0	89,8
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,2	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Não respostas		1	2,0		
Total		50	100,0		

Estatísticas

As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos com facilidade durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo Parcialmente	
Moda	Concordo Parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	3	6,0	6,0	6,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	8,0
	Concordo parcialmente	26	52,0	52,0	60,0
	Concordo Totalmente	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 6

As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos no momento do acolhimento

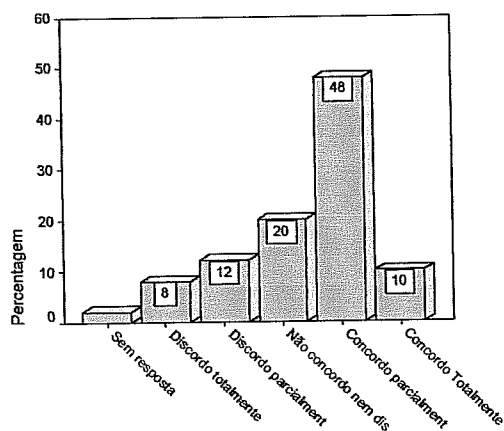
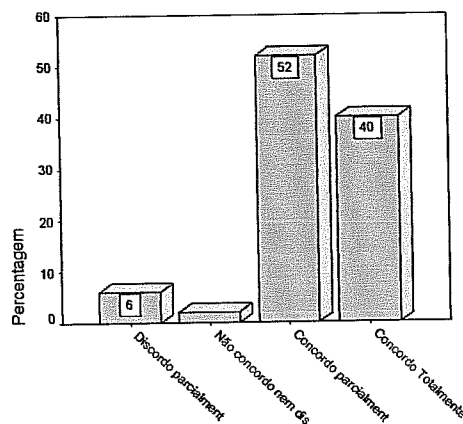


Gráfico 7

As crianças acolhidas aproximam-se dos adultos durante o acolhimento



Estatísticas

As crianças acolhidas são agressivas com os adultos no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Discordo parcialmente	
Moda	Discordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	16	32,0	32,0	32,0
	Discordo parcialmente	15	30,0	30,0	62,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	78,0
	Concordo parcialmente	10	20,0	20,0	98,0
	Concordo Totalmente	1	2,0	2,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas são agressivas com os adultos durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	17	34,0	34,0	46,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	62,0
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,0	98,0
	Concordo Totalmente	1	2,0	2,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 8

As crianças acolhidas são agressivas com os adultos no momento do acolhimento

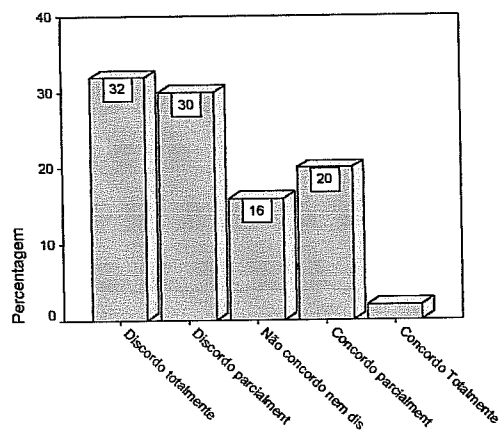
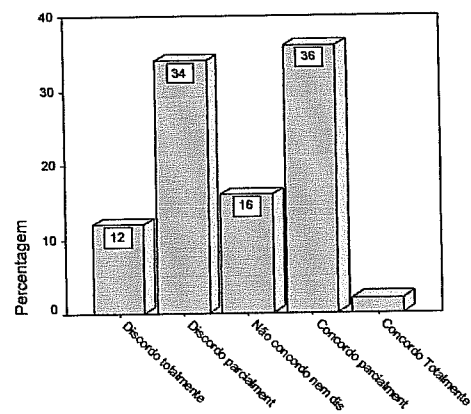


Gráfico 9

As crianças acolhidas são agressivas com os adultos durante o acolhimento



Estatísticas

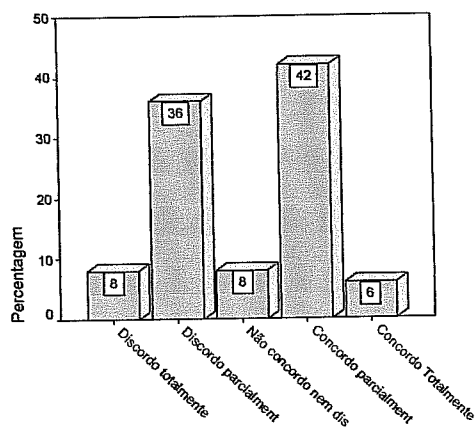
As crianças acolhidas são agressivas com as outras crianças durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,2	12,2
	Discordo parcialmente	15	30,0	30,6	42,9
	Não concordo nem discordo	11	22,0	22,4	65,3
	Concordo parcialmente	13	26,0	26,5	91,8
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,2	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
	Não respostas	1	2,0		
Total		50	100,0		

Gráfico 10

As crianças acolhidas são agressivas com as outras crianças durante o acolhimento



Estatísticas

As crianças acolhidas mantêm relação com os pais durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	2	4,0	4,0	4,0
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,0	18,0
	Não concordo nem discordo	9	18,0	18,0	36,0
	Concordo parcialmente	30	60,0	60,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas que mantêm relação com os pais são agressivas no contacto com eles

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Discordo parcialmente	
Moda	Discordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Valid Percent	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	17	34,0	34,0	34,0
	Discordo parcialmente	22	44,0	44,0	78,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	94,0
	Concordo parcialmente	3	6,0	6,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 11

As crianças acolhidas mantêm relação com os pais durante o acolhimento

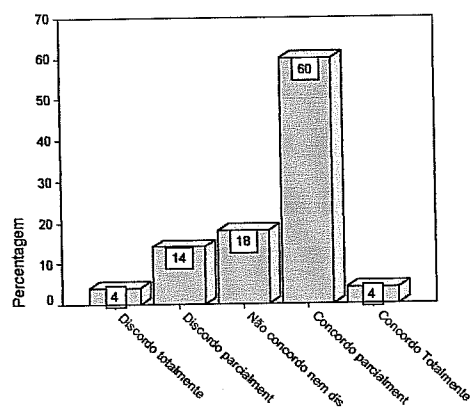
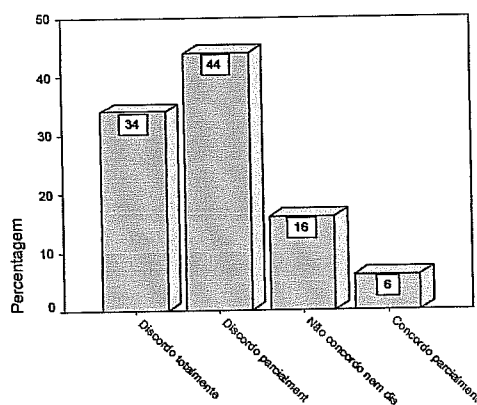


Gráfico 12

As crianças acolhidas que mantêm relação com os pais são agressivas no contacto com eles



Estatísticas

As crianças acolhidas apresentam-se agitadas no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	1	2,0	2,0	2,0
	Não concordo nem discordo	7	14,0	14,0	16,0
	Concordo parcialmente	27	54,0	54,0	70,0
	Concordo Totalmente	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas apresentam-se agitadas durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	4	8,0	8,0	8,0
	Discordo parcialmente	8	16,0	16,0	24,0
	Não concordo nem discordo	2	4,0	4,0	28,0
	Concordo parcialmente	31	62,0	62,0	90,0
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,0	100,0
Total	50	100,0	100,0		

Gráfico 13

As crianças acolhidas apresentam-se agitadas no momento do acolhimento

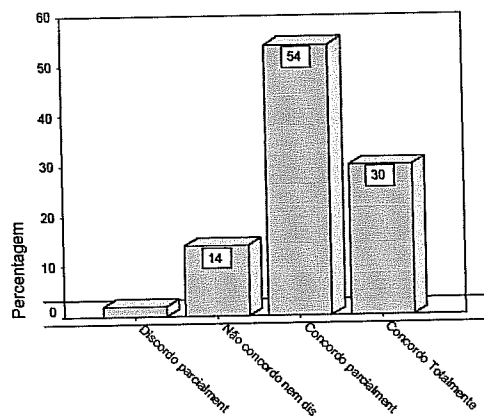
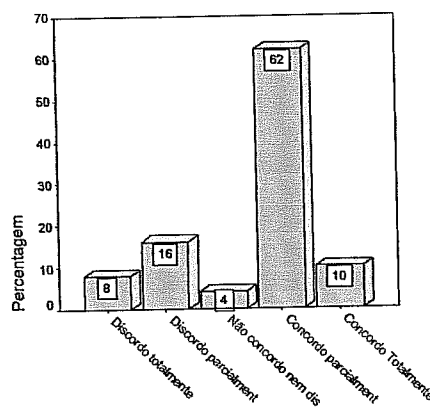


Gráfico 14

As crianças acolhidas apresentam-se agitadas durante o acolhimento



Estatísticas

As crianças acolhidas sentem-se tristes no momento do acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	1	2,0	2,0	2,0
	Discordo parcialmente	3	6,0	6,0	8,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	24,0
	Concordo parcialmente	21	42,0	42,0	66,0
	Concordo Totalmente	17	34,0	34,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas sentem-se tristes durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	3	6,0	6,0	6,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	32,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	34,0
	Concordo parcialmente	28	56,0	56,0	90,0
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 15

As crianças acolhidas sentem-se tristes no momento do acolhimento

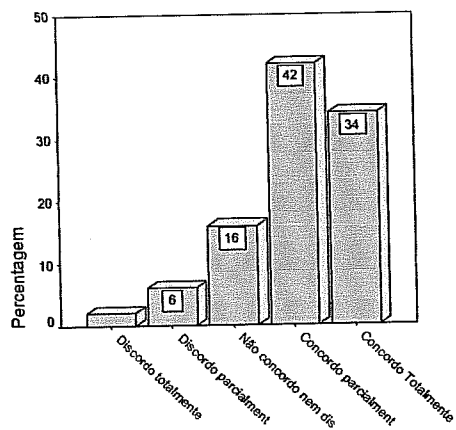
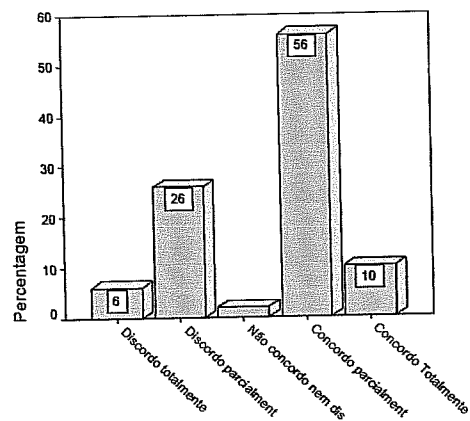


Gráfico 16

As crianças acolhidas sentem-se tristes durante o acolhimento



Estáticas

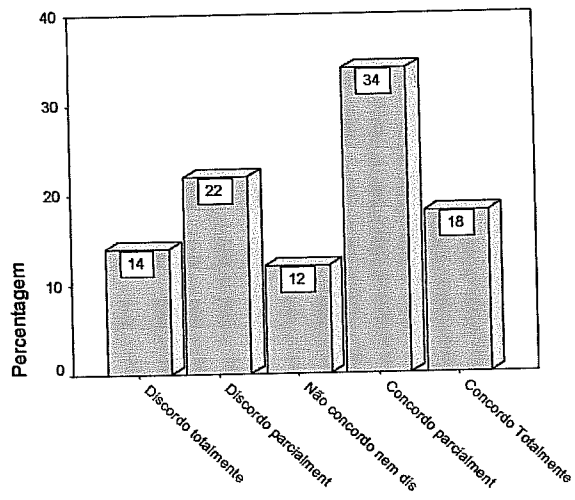
As crianças acolhidas sentem-se sós durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	7	14,0	14,0	14,0
	Discordo parcialmente	11	22,0	22,0	36,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	48,0
	Concordo parcialmente	17	34,0	34,0	82,0
	Concordo Totalmente	9	18,0	18,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 17

As crianças acolhidas sentem-se sós durante o acolhimento



Estatísticas

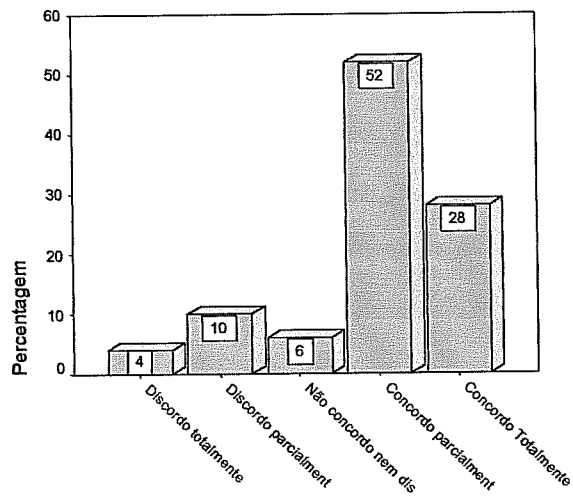
As crianças acolhidas sentem-se inseguras durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	2	4,0	4,0	4,0
	Discordo parcialmente	5	10,0	10,0	14,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	20,0
	Concordo parcialmente	26	52,0	52,0	72,0
	Concordo Totalmente	14	28,0	28,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 18

As crianças acolhidas sentem-se inseguras durante o acolhimento



Estatísticas

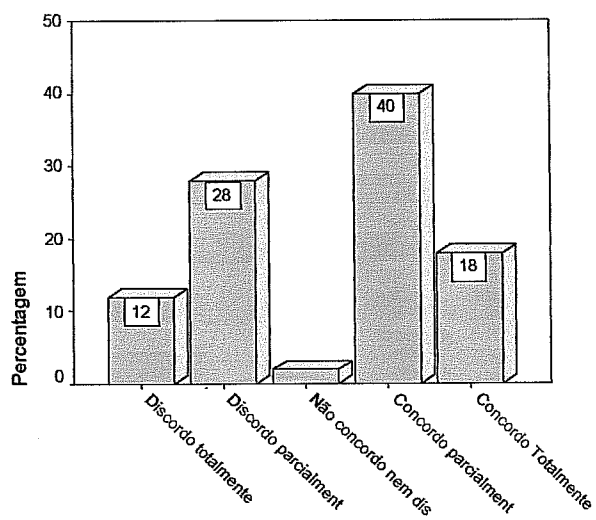
As crianças acolhidas sentem-se abandonadas durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	14	28,0	28,0	40,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	42,0
	Concordo parcialmente	20	40,0	40,0	82,0
	Concordo Totalmente	9	18,0	18,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 19

As crianças acolhidas sentem-se abandonadas durante o acolhimento



Estatísticas

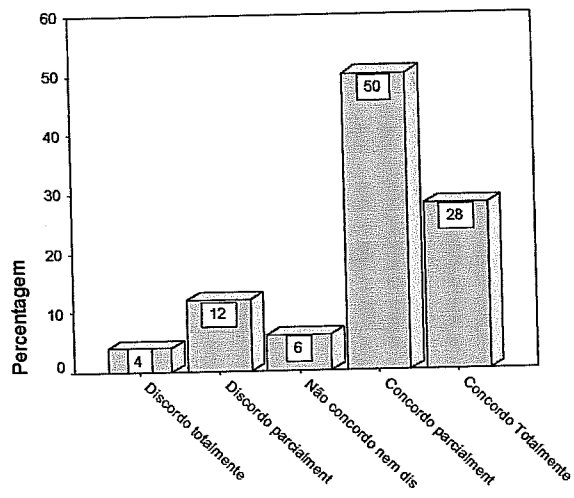
As crianças acolhidas apresentam dificuldades relacionais

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem m válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	2	4,0	4,0	4,0
	Discordo parcialmente	6	12,0	12,0	16,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	22,0
	Concordo parcialmente	25	50,0	50,0	72,0
	Concordo Totalmente	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 20

As crianças acolhidas apresentam dificuldades relacionais



Estatísticas

As crianças acolhidas apresentam desejo em aprender

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	1	2,0	2,0	2,0
	Discordo parcialmente	11	22,0	22,0	24,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	34,0
	Concordo parcialmente	29	58,0	58,0	92,0
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Estatísticas

As crianças acolhidas apresentam dificuldades de aprendizagem

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Median	Concordo totalmente	
Mode	Concordo totalmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	3	6,0	6,0	6,0
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,0	42,0
	Concordo Totalmente	29	58,0	58,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 21

As crianças acolhidas apresentam desejo em aprender

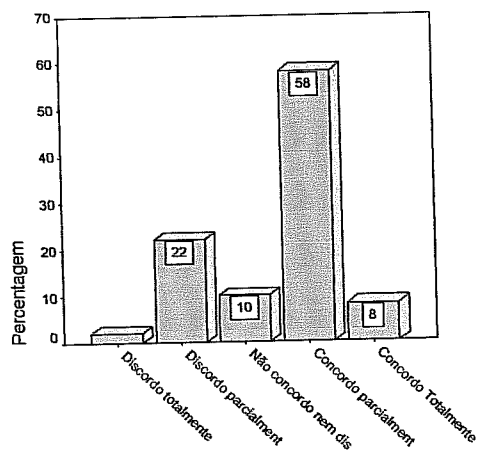
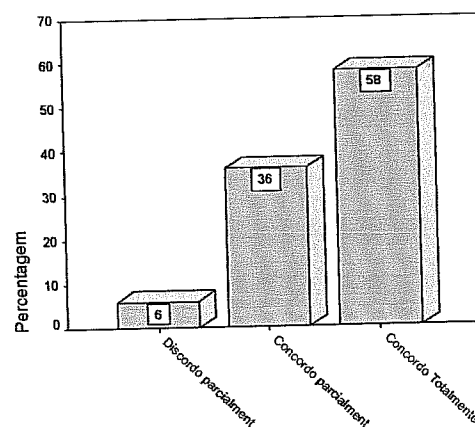


Gráfico 22

As crianças acolhidas apresentam dificuldades de aprendizagem



Estatísticas

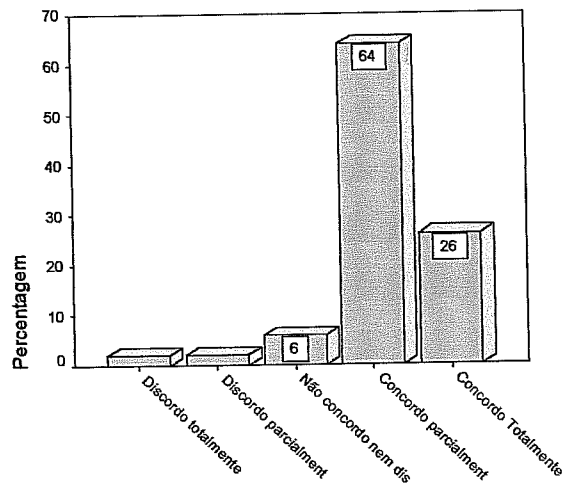
As crianças acolhidas apresentam alterações do sono durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	1	2,0	2,0
	Discordo parcialmente	1	2,0	4,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	10,0
	Concordo parcialmente	32	64,0	74,0
	Concordo Totalmente	13	26,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 23

As crianças acolhidas apresentam alterações do sono durante o acolhimento



Estadísticas

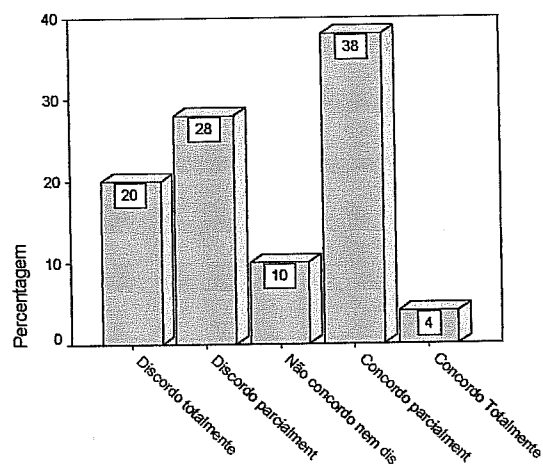
As crianças acolhidas apresentam-se apáticas durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	10	20,0	20,0	20,0
	Discordo parcialmente	14	28,0	28,0	48,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	58,0
	Concordo parcialmente	19	38,0	38,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 24

As crianças acolhidas apresentam-se apáticas durante o acolhimento



Estadísticas

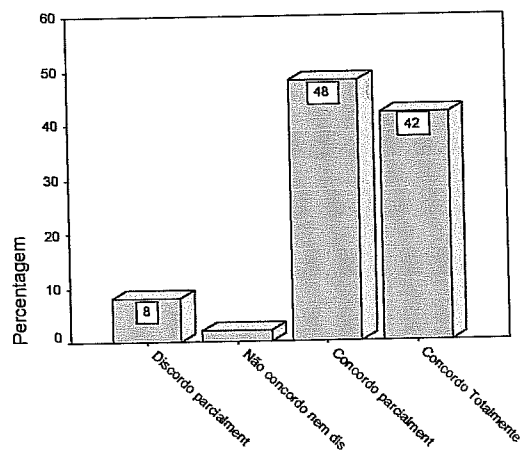
As crianças acolhidas estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	4	8,0	8,0	8,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	10,0
	Concordo parcialmente	24	48,0	48,0	58,0
	Concordo Totalmente	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 25

As crianças acolhidas estabelecem fortes laços afectivos com os adultos durante o acolhimento



Estatísticas

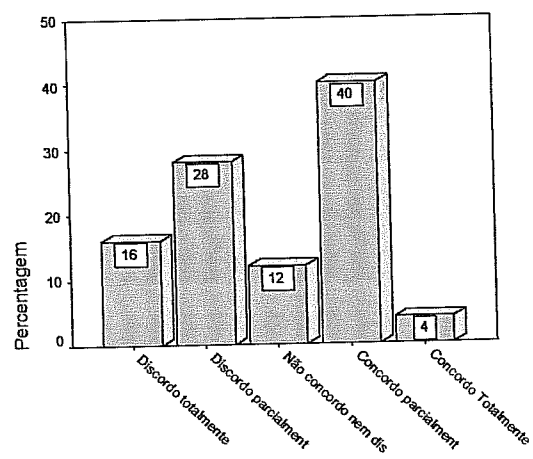
As crianças acolhidas têm facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Discordo totalmente	8	16,0	16,0	16,0
Discordo parcialmente	14	28,0	28,0	44,0
Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	56,0
Concordo parcialmente	20	40,0	40,0	96,0
Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 26

As crianças acolhidas têm facilidade em falar sobre os seus sentimentos com os adultos durante o acolhimento



Estatísticas

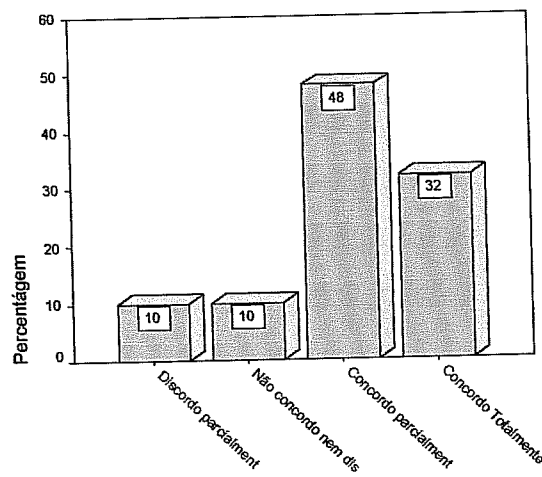
As crianças acolhidas apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	5	10,0	10,0	10,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	20,0
	Concordo parcialmente	24	48,0	48,0	68,0
	Concordo Totalmente	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 27

As crianças acolhidas apresentam alterações do comportamento durante o acolhimento



Estatísticas

As crianças acolhidas sentem-se diminuídas durante o acolhimento

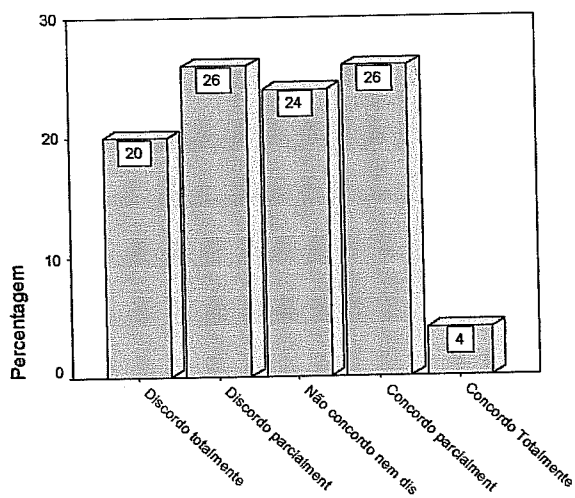
N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Discordo parcialmente ^a	

a. 2- Respostas com o mesmo valor

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	10	20,0	20,0	20,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	46,0
	Não concordo nem discordo	12	24,0	24,0	70,0
	Concordo parcialmente	13	26,0	26,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 28

As crianças acolhidas sentem-se diminuídas durante o acolhimento



Estadísticas

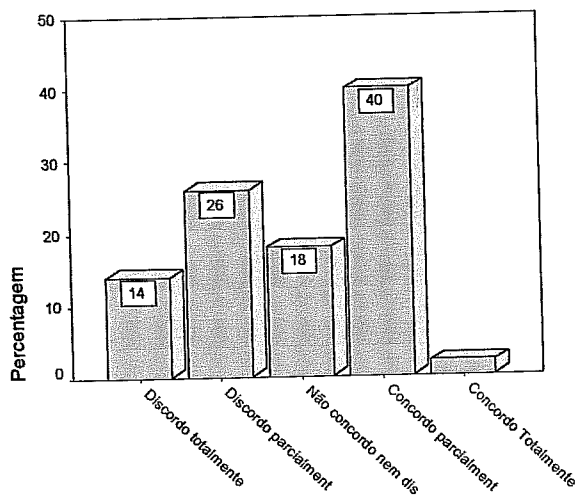
As crianças acolhidas isolam-se durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	7	14,0	14,0	14,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	40,0
	Não concordo nem discordo	9	18,0	18,0	58,0
	Concordo parcialmente	20	40,0	40,0	98,0
	Concordo Totalmente	1	2,0	2,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 29

As crianças acolhidas isolam-se durante o acolhimento



Estatísticas

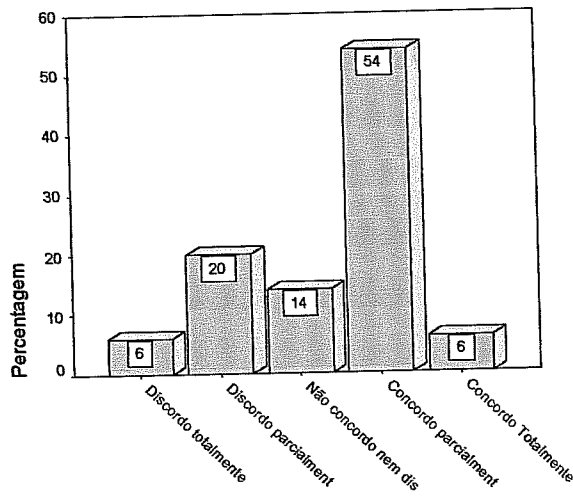
As crianças acolhidas apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	3	6,0	6,0	6,0
	Discordo parcialmente	10	20,0	20,0	26,0
	Não concordo nem discordo	7	14,0	14,0	40,0
	Concordo parcialmente	27	54,0	54,0	94,0
	Concordo Totalmente	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 30

As crianças acolhidas apresentam alterações na alimentação durante o acolhimento



Estatísticas

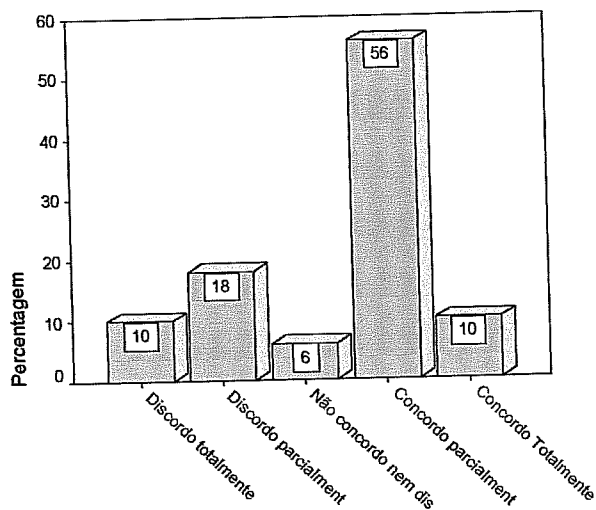
As crianças acolhidas têm facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem m válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	5	10,0	10,0	10,0
	Discordo parcialmente	9	18,0	18,0	28,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	34,0
	Concordo parcialmente	28	56,0	56,0	90,0
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 31

As crianças acolhidas têm facilidade em confiar nos adultos durante o acolhimento



Estatísticas

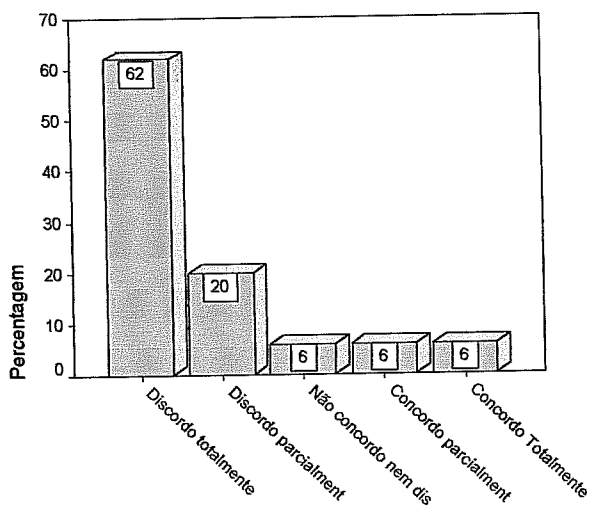
As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre quatro a seis meses

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Discordo totalmente	
Moda	Discordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	31	62,0	62,0	62,0
	Discordo parcialmente	10	20,0	20,0	82,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	88,0
	Concordo parcialmente	3	6,0	6,0	94,0
	Concordo Totalmente	3	6,0	6,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 32

As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre quatro a seis meses



Estatísticas

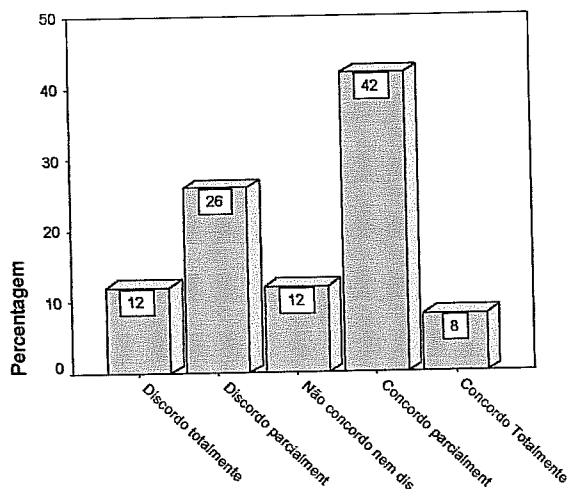
As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre sete a doze meses

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana		3,50
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	38,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	50,0
	Concordo parcialmente	21	42,0	42,0	92,0
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 33

As crianças acolhidas permanecem em acolhimento entre sete a doze meses



Estatísticas

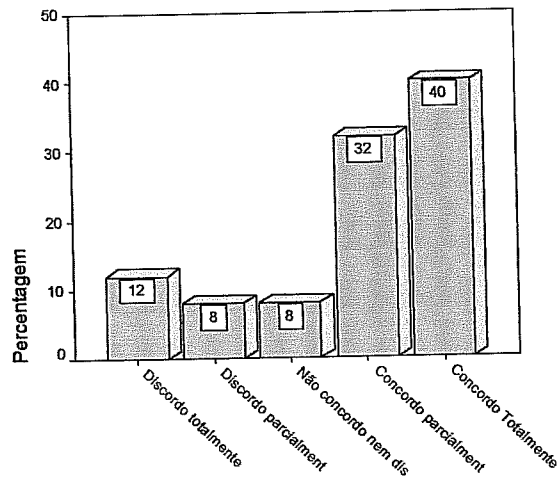
As crianças acolhidas permanecem em acolhimento mais de doze meses

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	4	8,0	8,0	20,0
	Não concordo nem discordo	4	8,0	8,0	28,0
	Concordo parcialmente	16	32,0	32,0	60,0
	Concordo Totalmente	20	40,0	40,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 34

As crianças acolhidas permanecem em acolhimento mais de doze meses



Estatísticas

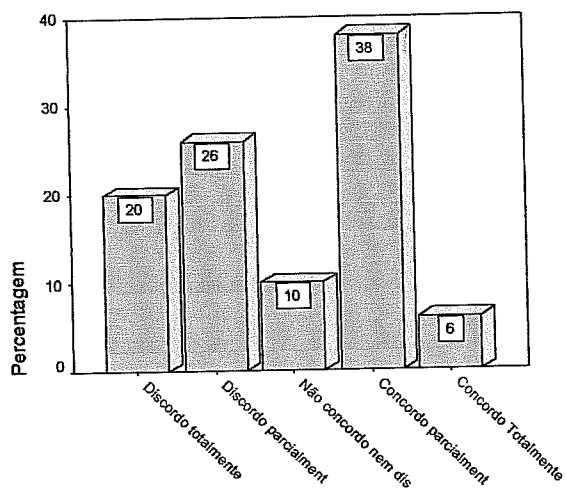
As crianças acolhidas são adoptadas

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	10	20,0	20,0	20,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	46,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	56,0
	Concordo parcialmente	19	38,0	38,0	94,0
	Concordo Totalmente	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 35

As crianças acolhidas são adoptadas



Estáticas

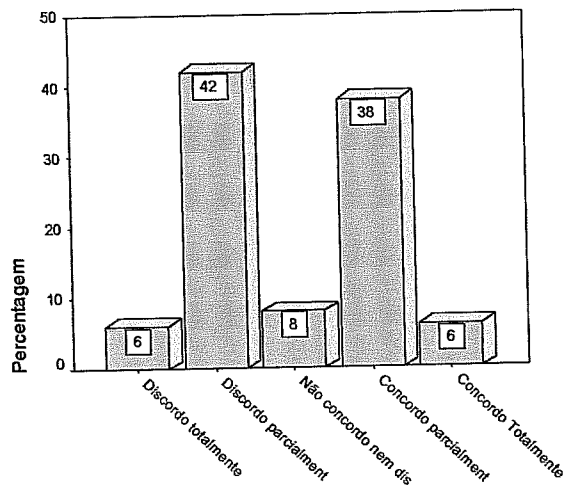
As crianças acolhidas retornam à família de origem

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Discordo Parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	3	6,0	6,0	6,0
	Discordo parcialmente	21	42,0	42,0	48,0
	Não concordo nem discordo	4	8,0	8,0	56,0
	Concordo parcialmente	19	38,0	38,0	94,0
	Concordo Totalmente	3	6,0	6,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 36

As crianças acolhidas retornam à família de origem



Estatísticas

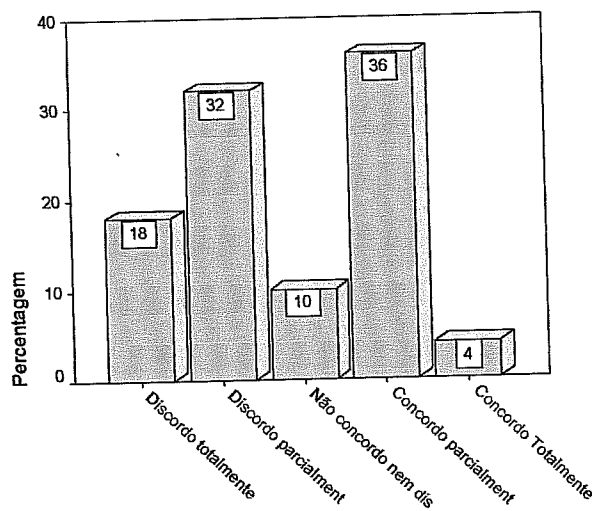
As crianças acolhidas são encaminhadas para lares de infância e juventude

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana		2,50
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	9	18,0	18,0	18,0
	Discordo parcialmente	16	32,0	32,0	50,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	60,0
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 37

As crianças acolhidas são encaminhadas para lares de infância e juventude



Estáticas

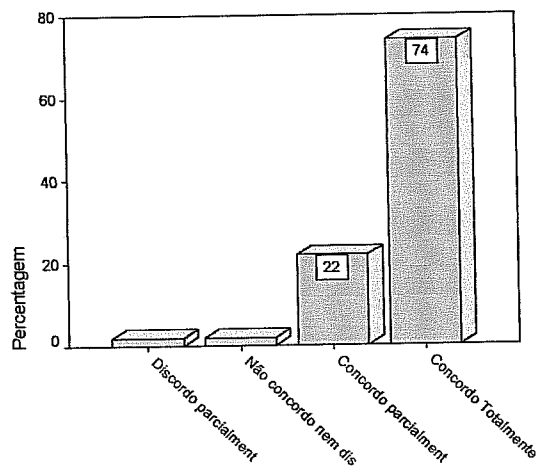
As crianças acolhidas apresentam necessidade de acompanhamento psicológico durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	1	2,0	2,0	2,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	4,0
	Concordo parcialmente	11	22,0	22,0	26,0
	Concordo Totalmente	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 38

As crianças acolhidas apresentam necessidade de acompanhamento psicológico



Estatísticas

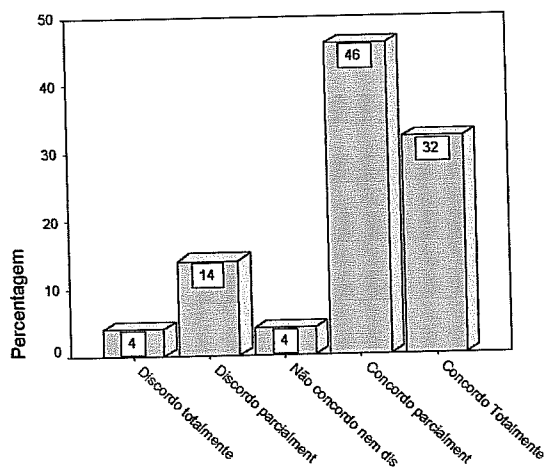
As crianças acolhidas questionam os adultos sobre o seu futuro durante o acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	2	4,0	4,0	4,0
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,0	18,0
	Não concordo nem discordo	2	4,0	4,0	22,0
	Concordo parcialmente	23	46,0	46,0	68,0
	Concordo Totalmente	16	32,0	32,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 39

As crianças acolhidas questionam os adultos sobre o seu futuro durante o acolhimento



Estatísticas

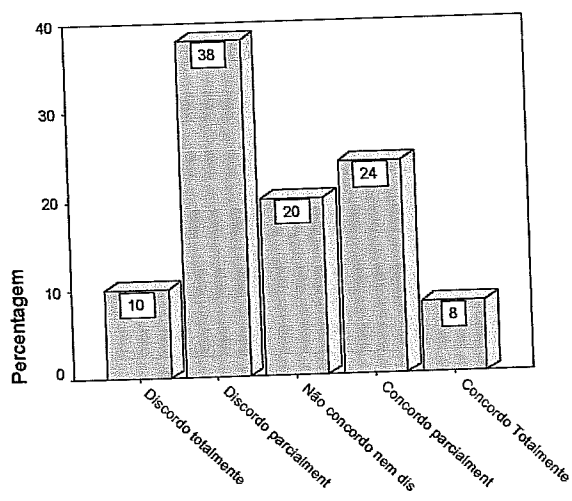
As crianças acolhidas mantêm contacto com os adultos da instituição após alta institucional

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Discordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	5	10,0	10,0	10,0
	Discordo parcialmente	19	38,0	38,0	48,0
	Não concordo nem discordo	10	20,0	20,0	68,0
	Concordo parcialmente	12	24,0	24,0	92,0
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 40

As crianças acolhidas mantêm contacto com os adultos da instituição pós alta institucional



Análise Estatística

2ª Parte- O olhar sobre os profissionais

Estatísticas

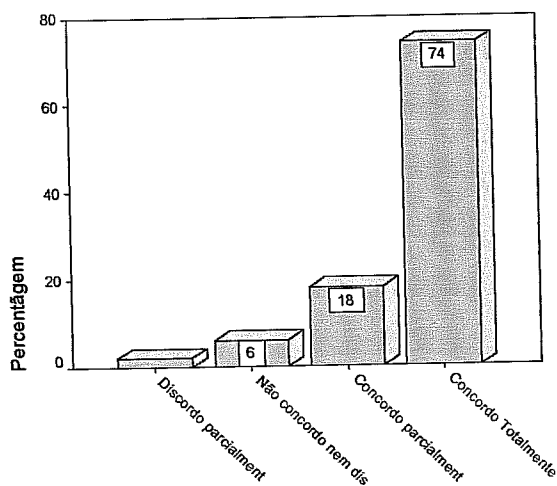
Existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	1	2,0	2,0	2,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	8,0
	Concordo parcialmente	9	18,0	18,0	26,0
	Concordo Totalmente	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 1

Existe um grande desgaste emocional para os profissionais dos centros de acolhimento



Estadísticas

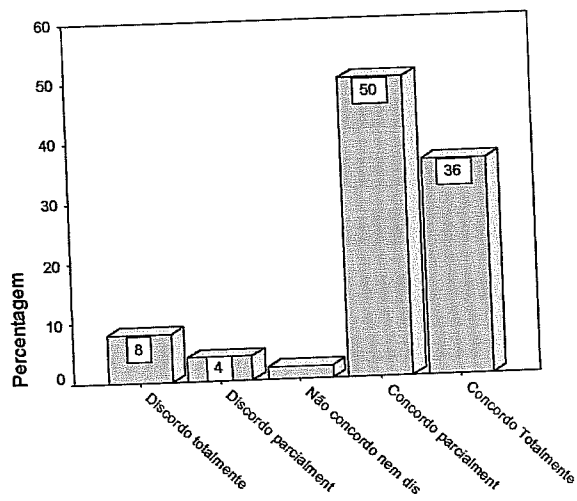
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem gratificação profissional

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas				
Discordo totalmente	4	8,0	8,0	8,0
Discordo parcialmente	2	4,0	4,0	12,0
Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	14,0
Concordo parcialmente	25	50,0	50,0	64,0
Concordo Totalmente	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 2

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem gratificação profissional



Estatísticas

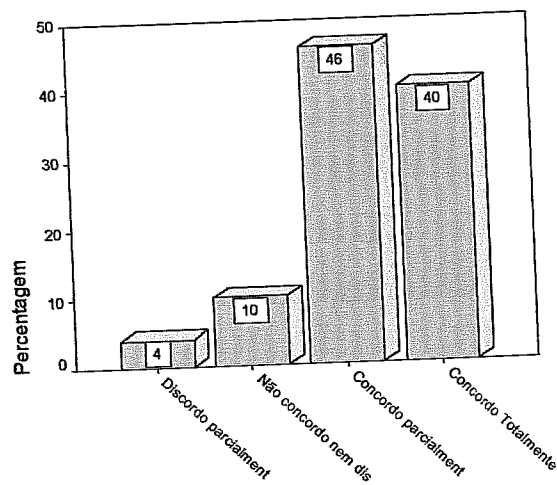
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem motivação profissional

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Discordo parcialmente	2	4,0	4,0	4,0
Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	14,0
Concordo parcialmente	23	46,0	46,0	60,0
Concordo Totalmente	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 3

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem motivação profissional



Estadísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilhar experiências com colegas de outros centros de acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	2,0
	Concordo parcialmente	11	22,0	22,0	24,0
	Concordo Totalmente	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Estadísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento partilham experiências com colegas de outros centros de acolhimento

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	10	20,0	20,0	32,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	38,0
	Concordo parcialmente	23	46,0	46,0	84,0
	Concordo Totalmente	8	16,0	16,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 4

Sentem necessidade de partilhar experiências com colegas de outros centros de acolhimento

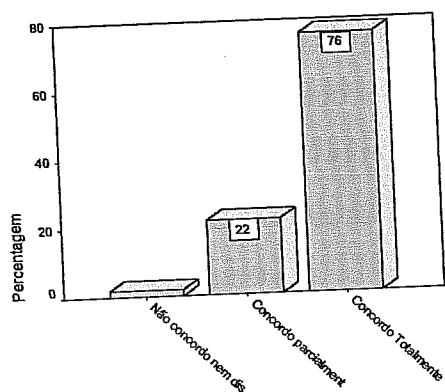
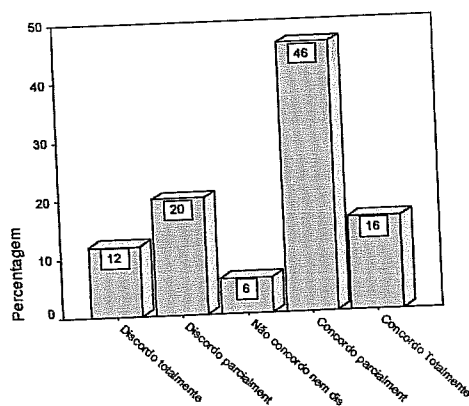


Gráfico 5

Partilham experiências com colegas de outros centros de acolhimento



Estatísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se durante o acolhimento das crianças

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	1	2,0	2,0	2,0
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,0	16,0
	Não concordo nem discordo	2	4,0	4,0	20,0
	Concordo parcialmente	21	42,0	42,0	62,0
	Concordo Totalmente	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Estatísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento emocionam-se na despedida das crianças acolhidas

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	1	2,0	2,0	2,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	4,0
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,0	40,0
	Concordo Totalmente	30	60,0	60,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 6

Emocionam-se durante o acolhimento das crianças

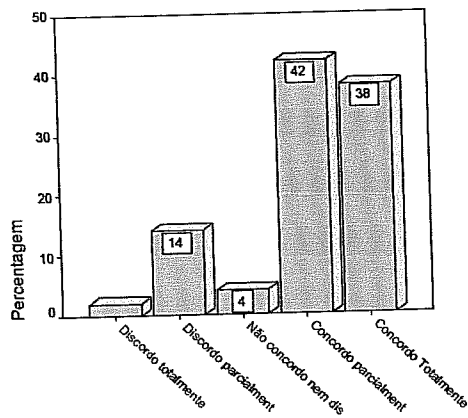
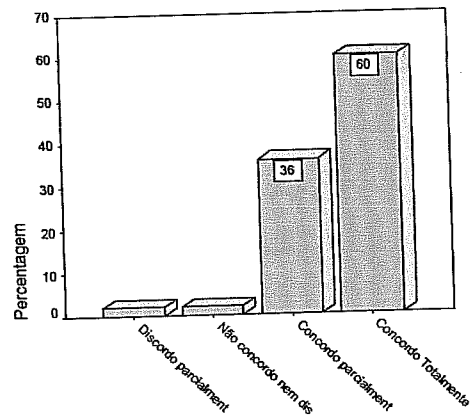


Gráfico 7

Emocionam-se na despedida das crianças



Estadísticas

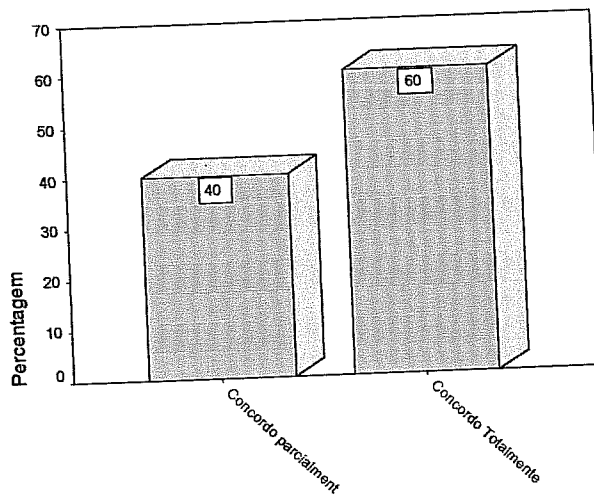
Os profissionais dos centros de acolhimento pensam nas crianças acolhidas fora do horário laboral

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas				
Concordo parcialmente	20	40,0	40,0	40,0
Concordo Totalmente	30	60,0	60,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 8

Os profissionais dos centros de acolhimento pensam nas crianças acolhidas fora do horário laboral



Estatísticas

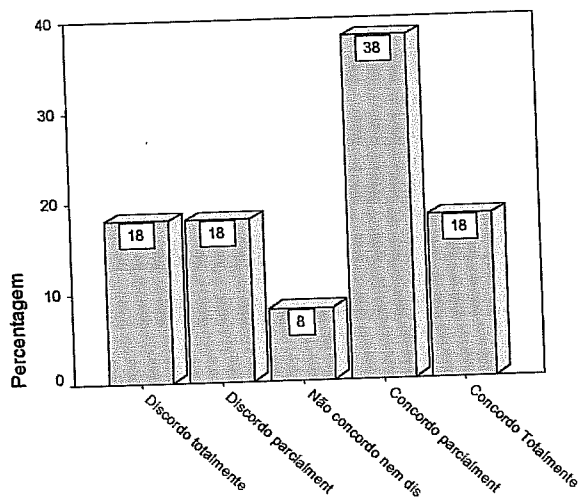
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade em se distanciarem das crianças acolhidas

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	9	18,0	18,0
	Discordo parcialmente	9	18,0	36,0
	Não concordo nem discordo	4	8,0	44,0
	Concordo parcialmente	19	38,0	82,0
	Concordo Totalmente	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 9

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade em se distanciarem das crianças acolhidas



Estadísticas

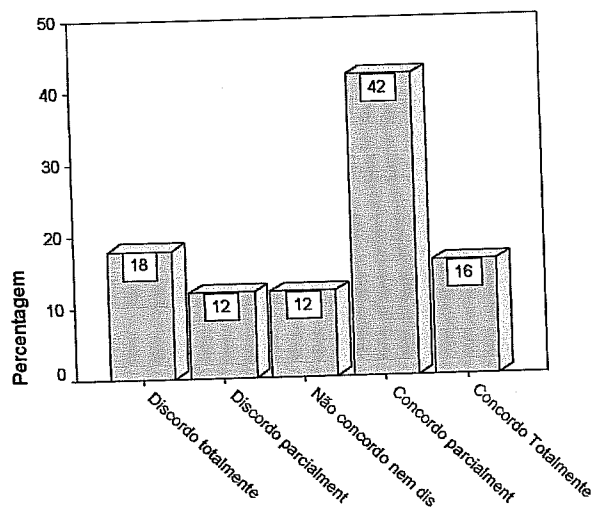
Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na adoção de uma das crianças acolhidas

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	9	18,0	18,0	18,0
	Discordo parcialmente	6	12,0	12,0	30,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	42,0
	Concordo parcialmente	21	42,0	42,0	84,0
	Concordo Totalmente	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 10

Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na adoção de uma das crianças acolhidas



Estatísticas

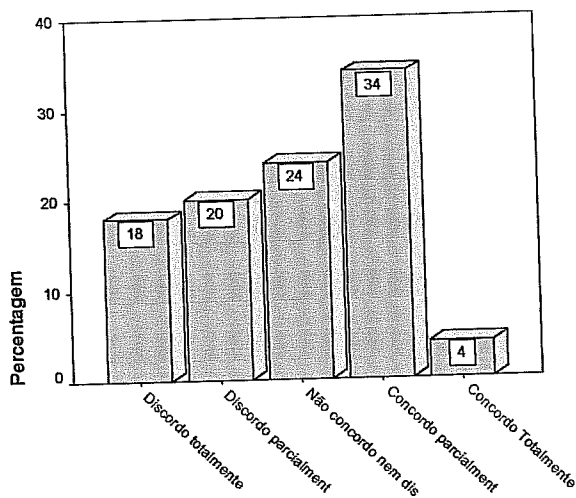
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se
justamente reconhecidos pela tutela

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	9	18,0	18,0	18,0
	Discordo parcialmente	10	20,0	20,0	38,0
	Não concordo nem discordo	12	24,0	24,0	62,0
	Concordo parcialmente	17	34,0	34,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 11

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela
tutela



Estadística

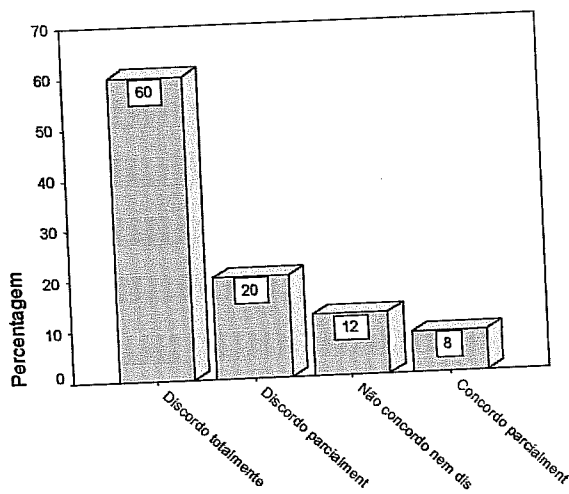
Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram a sua remuneração compatível com a sua responsabilidade profissional

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Discordo totalmente	
Moda	Discordo totalmente	

	Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	30	60,0	60,0
	Discordo parcialmente	10	20,0	80,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	92,0
	Concordo parcialmente	4	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Gráfico 12

Os profissionais dos centros de acolhimento consideram a sua remuneração compatível com a sua responsabilidade profissional



Estadística

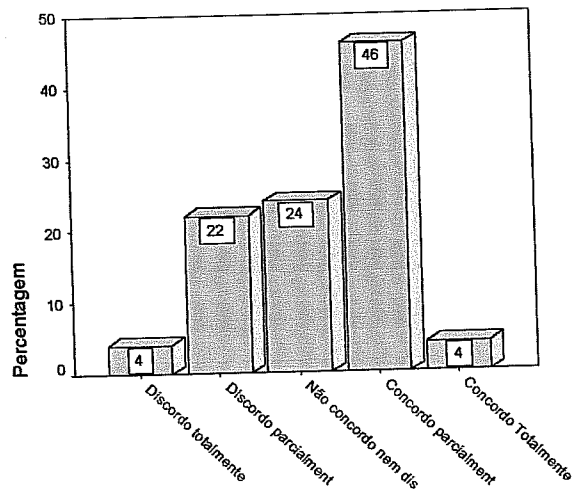
Os profissionais dos centros de acolhimento consideraram as suas opiniões valorizadas pela tutela

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana		3,50
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequency	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas				
Discordo totalmente	2	4,0	4,0	4,0
Discordo parcialmente	11	22,0	22,0	26,0
Não concordo nem discordo	12	24,0	24,0	50,0
Concordo parcialmente	23	46,0	46,0	96,0
Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 13

Os profissionais dos centros de acolhimento consideram as suas opiniões valorizadas pela tutela



Estadísticas

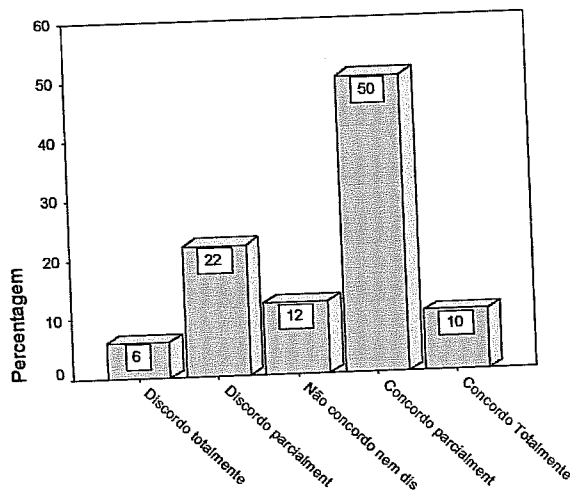
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	3	6,0	6,0	6,0
	Discordo parcialmente	11	22,0	22,0	28,0
	Não concordo nem discordo	6	12,0	12,0	40,0
	Concordo parcialmente	25	50,0	50,0	90,0
	Concordo Totalmente	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 14

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem-se justamente reconhecidos pela comunidade



Estadísticas

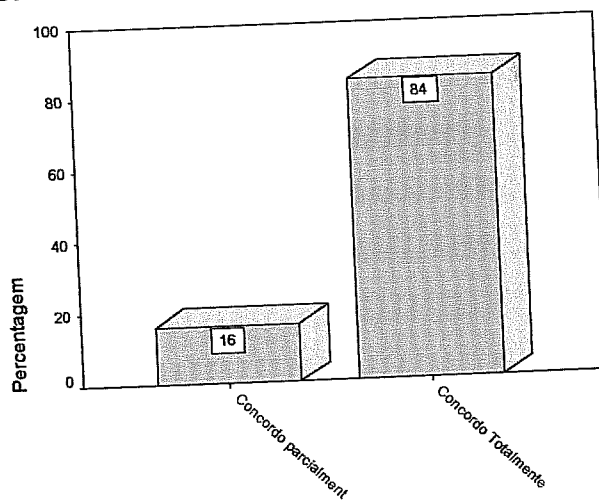
Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilha de sentimentos dentro da própria equipa de trabalho

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Concordo parcialmente	8	16,0	16,0	16,0
	Concordo Totalmente	42	84,0	84,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 15

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de partilha de sentimentos dentro da própria equipa de trabalho



Estadísticas

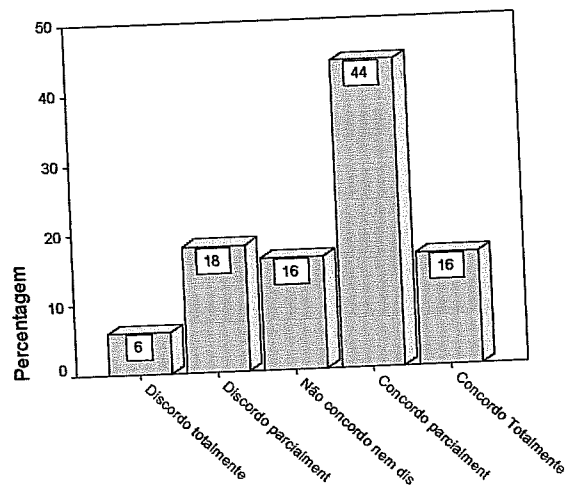
Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na mudança de local de trabalho

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	3	6,0	6,0	6,0
	Discordo parcialmente	9	18,0	18,0	24,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	40,0
	Concordo parcialmente	22	44,0	44,0	84,0
	Concordo Totalmente	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 16

Os profissionais dos centros de acolhimento pensam na mudança de local de trabalho



Estatística

Os profissionais dos centros de acolhimento recebem formação especializada em exercício profissional

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Discordo Parcialmente	
Moda	Concordo Parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	14	28,0	28,0	28,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	54,0
	Não concordo nem discordo	1	2,0	2,0	56,0
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,0	92,0
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Estatísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de formação especializada

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo totalmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo parcialmente	1	2,0	2,0	2,0
	Concordo parcialmente	11	22,0	22,0	24,0
	Concordo Totalmente	38	76,0	76,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 17

Recebem formação especializada em exercício profissional

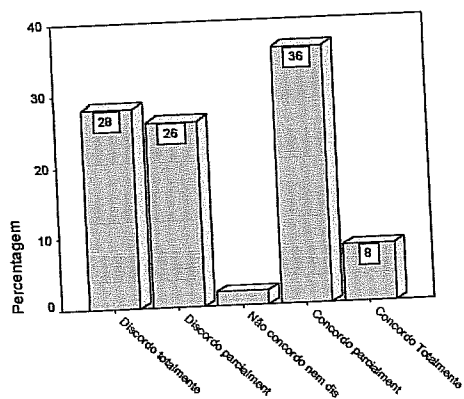
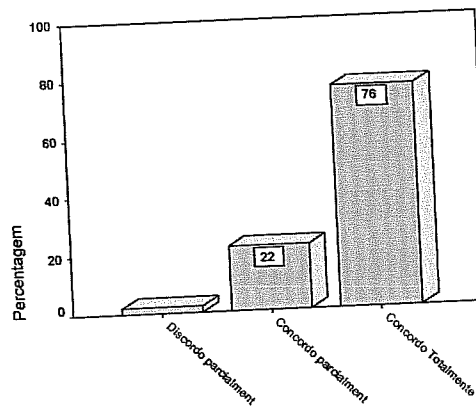


Gráfico 18

Sentem necessidade de formação especializada



Estatísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento beneficiam de supervisão técnica

N	Respostas válidas	49
	Não respostas	1
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	10	20,0	20,4	20,4
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,3	34,7
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,1	40,8
	Concordo parcialmente	18	36,0	36,7	77,6
	Concordo Totalmente	11	22,0	22,4	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Total	Não respostas	1	2,0		
		50	100,0		

Estatísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento sentem necessidade de supervisão técnica

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo totalmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	1	2,0	2,0	2,0
	Discordo parcialmente	6	12,0	12,0	14,0
	Não concordo nem discordo	3	6,0	6,0	20,0
	Concordo parcialmente	17	34,0	34,0	54,0
	Concordo Totalmente	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 19

Beneficiam de supervisão técnica

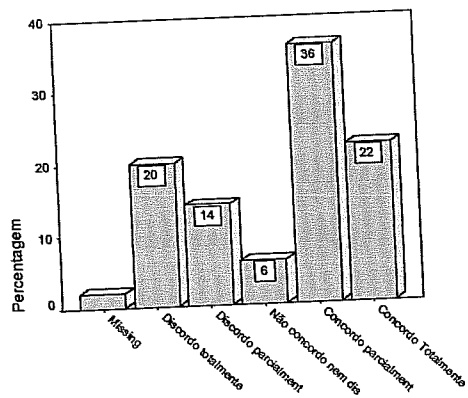
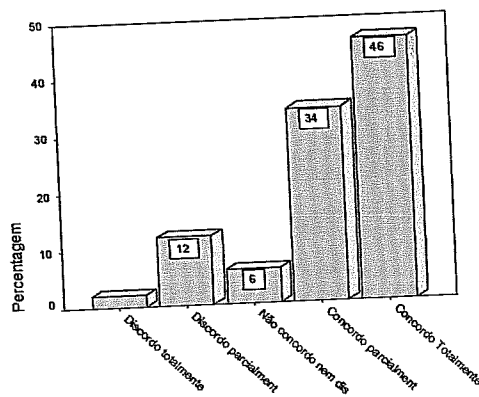


Gráfico 20

Sentem necessidade de supervisão técnica



Análise Estatística

3ª Parte- O olhar sobre o sistema

Estatística

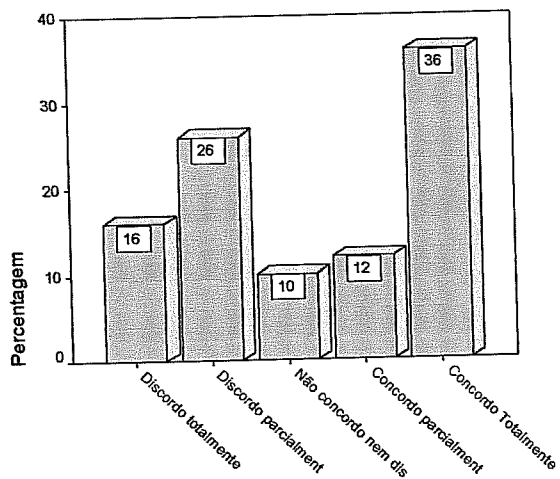
O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre um mês e dois meses

N	Respostas válidas		50
	Não respostas		0
Mediana	Não concordo nem discordo		
Moda	Concordo totalmente		

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	8	16,0	16,0	16,0
	Discordo parcialmente	13	26,0	26,0	42,0
	Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	52,0
	Concordo parcialmente	6	12,0	12,0	64,0
	Concordo Totalmente	18	36,0	36,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Gráfico 1

O acolhimento temporário deveria ter uma duração total entre um e dois meses



Estadísticas

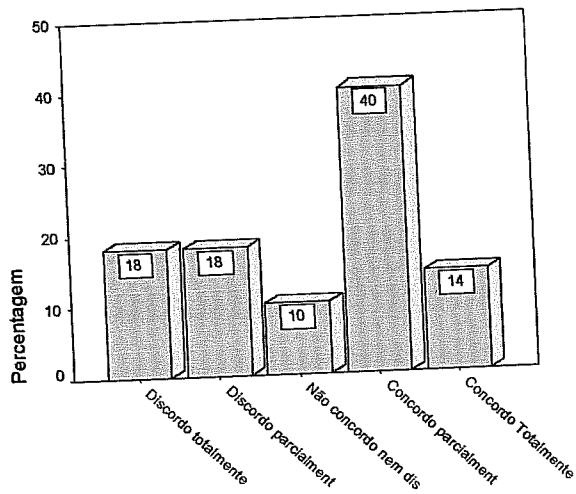
O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre três e quatro meses

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas				
Discordo totalmente	9	18,0	18,0	18,0
Discordo parcialmente	9	18,0	18,0	36,0
Não concordo nem discordo	5	10,0	10,0	46,0
Concordo parcialmente	20	40,0	40,0	86,0
Concordo Totalmente	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 2

O acolhimento temporário deveria ter uma duração total entre três e quatro meses



Estatísticas

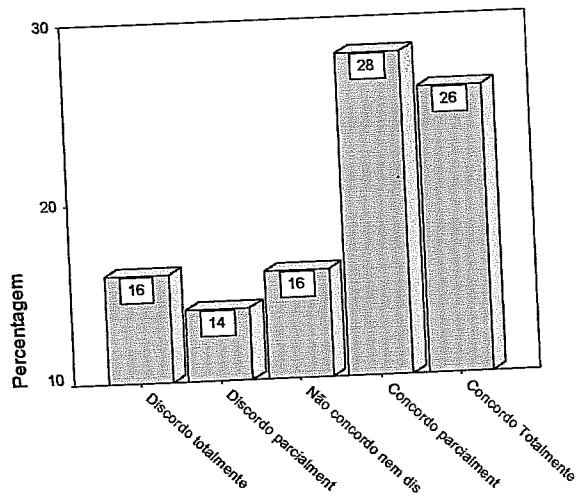
O tempo de acolhimento deveria ter uma duração total entre cinco e seis meses

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Concordo parcialmente	
Moda	Concordo parcialmente	

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	8	16,0	16,0	16,0
	Discordo parcialmente	7	14,0	14,0	30,0
	Não concordo nem discordo	8	16,0	16,0	46,0
	Concordo parcialmente	14	28,0	28,0	74,0
	Concordo Totalmente	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 3

O acolhimento temporário deveria ter uma duração total entre cinco a seis meses



Estatísticas

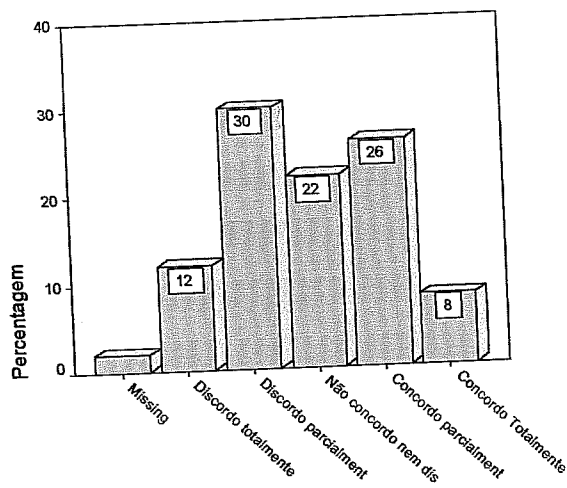
Os profissionais dos centros de acolhimento consideram adequada a articulação existente com a tutela

N	Respostas válidas	49
	Não respostas	1
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Discordo parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,2	12,2
	Discordo parcialmente	15	30,0	30,6	42,9
	Não concordo nem discordo	11	22,0	22,4	65,3
	Concordo parcialmente	13	26,0	26,5	91,8
	Concordo Totalmente	4	8,0	8,2	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
	Não respostas	1	2,0		
Total		50	100,0		

Gráfico 4

Os profissionais dos centros de acolhimento consideram adequada a articulação existente com a tutela



Estadísticas

Os profissionais dos centros de acolhimento consideram adequada a articulação existente com as comissões de protecção de crianças e jovens

N	Respostas válidas	50
	Não respostas	0
Mediana	Não concordo nem discordo	
Moda	Discordo Parcialmente	

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Respostas válidas	Discordo totalmente	6	12,0	12,0	12,0
	Discordo parcialmente	17	34,0	34,0	46,0
	Não concordo nem discordo	10	20,0	20,0	66,0
	Concordo parcialmente	15	30,0	30,0	96,0
	Concordo Totalmente	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Gráfico 5

Os profissionais dos centros de acolhimento consideram adequada a articulação existente com as comissões de protecção de crianças e jovens

