



Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas

Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial

Joana Cristina Marcelino de Moura

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:
Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2016



Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas

**Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento
Residencial**

Joana Cristina Marcelino de Moura

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:
Professora Doutora Maria João Barroso Pena, Professora Auxiliar,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2016

*“I believe the children are our future
Teach them well and let them lead the way
Show them all the beauty they possess inside
Give them a sense of pride to make it easier
Let the children's laughter remind us how we used to be
Everybody searching for a hero
People need someone to look up to”.*

(Trecho da música Greatest Love of All,
composição de Michael Masser e Linda Creed)

AGRADECIMENTOS

Ao terminar este percurso de dois anos de Mestrado em Serviço Social que culmina com a defesa desta dissertação, não posso deixar de fazer alguns agradecimentos a todos aqueles que me permitiram, acompanharam e apoiaram nesta realização pessoal e profissional.

Antes que mais, tenho de agradecer a disponibilidade e participação de todas as Casas de Acolhimento que ao responderem aos questionários permitiram a realização do meu estudo/investigação.

À Inês Caeiro para disponibilidade, apoio, empenho, interesse, força e amizade que me deu na criação e desenvolvimento dos questionários.

À Cláudia Purificação pela sua sempre pronta ajuda, paciência, companheirismo, disponibilidade e amizade, nas diversas revisões da dissertação.

À Elsa Maria, pela força, encorajamento, apoio, disponibilidade, e por ter sido a minha "mentora" de todo este percurso e ainda por ter reconhecido a minha verdadeira vocação.

À minha família e amigos por fazerem de mim aquela que sou hoje, com todos os seus contributos na minha vida e no meu desenvolvimento.

Ao Dr. Renato Melícias pela simpatia, disponibilidade, amabilidade, interesse e empenho na realização do importante pré-teste do questionário.

Por fim mas não menos importante, à minha orientadora, Professora Maria João Pena, por ter aceite fazer parte desta parceria, por ter confiado e acreditado em mim, e pela paciência, disponibilidade, orientação e acompanhamento ao longo de todo o meu percurso académico, licenciatura e mestrado em Serviço Social.

A todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

A "Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial" constitui o tema desenvolvido neste trabalho de Dissertação de Serviço Social.

O objetivo do estudo consistiu em compreender a intervenção da Casa de Acolhimento com crianças e jovens com problemas de saúde mental em acolhimento residencial.

A alteração do perfil das crianças e jovens que entram no sistema de acolhimento tem sido evidente, para quem vivencia a experiência no "terreno", sendo confirmado pelos relatórios anuais do Instituto de Segurança Social, os CASA. Este estudo/investigação é o resultado da participação de 58 Casas de Acolhimento distribuídas por Portugal Continental e Arquipélago dos Açores, das quais 52 vivenciam diariamente a problemática da saúde mental junto das suas crianças e jovens.

De acordo com o testemunho das Casas de Acolhimento as maiores dificuldades, na intervenção com esta problemática, são a falta de qualificação/habilitação/formação dos seus recursos humanos, assim como a insuficiência em número dos mesmos, para uma intervenção mais individualizada junto destas crianças e jovens. Para as Casas participantes no estudo a melhoria do sistema de acolhimento, no que diz respeito ao acolhimento de crianças e jovens com esta problemática, passa não só pela satisfação das necessidades enumeradas, mas também por uma integração da Área da Saúde Mental no sistema de acolhimento, possibilitando uma resposta mais célere, próxima e regular a nível nacional.

Palavras-chave: Serviço Social; Acolhimento Residencial; Saúde Mental; Crianças e Jovens

ABSTRACT

The Mental Health in Children and Youngsters living in a Foster Care is the theme of this academic exercise by Master's Degree in Social Work

The purpose of the study is to understand the intervention of the foster care with children and youngsters with mental problems during their stay.

The change of the children and youngsters profile that live in the foster care system is remarkable for the professionals who work with them and also confirmed in the annual reports from Portuguese Institute of Social Security, the CASA. This study/investigation was made with the participation of 58 foster care in Portugal including the Açores, of which 52 have experienced daily challenges handling with children and youngsters with mental problems.

According to the study participants, the main difficulties in the intervention with this problem is the lack of skills/qualification/training of professionals as well as the reduced number of them, not allowing the individual care that these children and youngsters need. For the study participants the improvement intervention in the foster care with children and youngsters with this problematic, pass by not only from the satisfaction of the described difficulties but as well from an integration of de Mental Health Area in the foster care system will allow a better, faster and more regular national response to the problem.

Key-words: Social Work; Foster Care; Mental Health; Children and Youngsters

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE QUADROS	xi
INTRODUÇÃO	1
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. A Criança como sujeito autónomo de direitos	5
1.1. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo	7
2. Acolhimento Residencial	9
2.1. Casa de Acolhimento.....	10
2.1.1. Acolhimento em números	11
2.2. Intervenção do Serviço Social no Acolhimento Residencial	13
2.2.1. Modelo Sistémico de Intervenção Social	14
2.2.2. Modelo Ecológico de Intervenção Social.....	15
2.3. Criança e Jovem em Acolhimento.....	17
3. Saúde Mental na Infância e Adolescência	20
3.1. Vinculação e Resiliência como fatores de proteção no desenvolvimento da criança e adolescente	22
4. Saúde Mental no Acolhimento de Crianças e Adolescentes	24
4.1. Saúde Mental no Acolhimento em números	25
4.2. Acolhimento Terapêutico e Acolhimento Especializado	27
II - METODOLOGIA DE PESQUISA	31
1. Tema e Objetivos do estudo	31
2. Metodologia de Investigação	32
2.1. Campo Empírico.....	32
2.2. População ou Universo de Investigação.....	32
2.3. Técnicas, Instrumentos de Recolha e Método de Investigação.....	33
2.4. Tratamento de Dados.....	34
3. Cronologia do estudo	34

III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	37
1. Caracterização das Instituições de Acolhimento	37
2. Incidência de problemas de saúde mental no acolhimento.....	40
3. Perfil das crianças e jovens em acolhimento com problemas de saúde mental	42
4. Necessidades identificadas na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental	46
5. Constrangimentos na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental	47
CONCLUSÃO	55
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	64
ANEXO A - Pedido de Colaboração enviado a todas as Casas de Acolhimento I	
ANEXO B - Questionário	II
ANEXO C - Caracterização das Casas de Acolhimento	VI
ANEXO D - Caracterização das Crianças e Jovens acolhidas, com Problemas de Saúde Mental.....	VIII
ANEXO E - Análise Categorial - Dificuldades das Casas de Acolhimento no Acolhimento de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental.....	X
ANEXO F - Análise Categorial - Opinião das Casas de Acolhimento relativamente à aplicação do Modelo de Intervenção Terapêutico.....	XI
ANEXO G - Análise Categorial - Dificuldades das Casas de Acolhimento na implementação do Modelo de Intervenção Terapêutico	XII
ANEXO H - Análise Categorial - Sugestões de Melhoria para o Acolhimento Residencial com Crianças/Jovens com Problemas Saúde Mental	XIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Tomografia Axial Computorizada: Comparação entre um desenvolvimento cerebral normal e um desenvolvimento cerebral resultante de negligência sensorial precoce	22
Figura 3.1 - Distribuição da participação por distritos e arquipélagos.....	37
Figura 3.2 - N.º de Crianças e Jovens com problemas de Saúde Mental por faixa etária	41
Figura 3.3 - Evolução do N.º de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental, no Acolhimento Residencial, nos últimos 5 anos.....	41
Figura 3.4 - Evolução da complexidade dos Problemas de Saúde Mental, nas Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial, nos últimos 5 anos.....	42
Figura 3.5 - N.º de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental por Nível de Escolaridade	43
Figura 3.6 - N.º de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental por Tipo de Ensino.....	43
Figura 3.7 - N.º de Crianças e Jovens com problemas de saúde mental e N.º de Acolhimentos vivenciados.....	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Compilação de dados relativos à Saúde Mental no Acolhimento relativos de 2011 a 2014	26
Quadro 2.1 - Participação das Casas de Acolhimento.....	33
Quadro 2.2 - Cronograma de execução da presente Dissertação	33
Quadro 3.1 - Frequência de ocorrências de comportamento nas Casas de Acolhimento	45
Quadro 3.2 - Caracterização dos recursos humanos para a intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental.....	46
Quadro 3.3 - Classificação da relação dos recursos humanos com as crianças e jovens com problemas de saúde mental.....	47
Quadro 3.4 - Alterações nas despesas da Casa de Acolhimento	47
Quadro 3.5 - Integração das Crianças e Jovens com problemas de saúde mental	48

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste na dissertação de Mestrado em Serviço Social, realizado no ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa cujo tema é "Saúde Mental em Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial".

A pertinência do tema, resulta da experiência profissional no Acolhimento Residencial, onde os problemas de saúde mental em crianças e jovens é uma realidade diária, difícil e preocupante, aliado à experiência de Estágio Curricular de Licenciatura em Serviço Social desenvolvido na Clínica da Juventude, da Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Os países desenvolvidos destacam-se por assumirem um compromisso com o bem-estar social dos seus cidadãos e por priorizarem os programas sociais de proteção à infância e à família, uma vez que consideram a educação e a proteção à infância como a garantia de um futuro melhor para qualquer sociedade (Gomes, 2010).

O Acolhimento Residencial constitui a última medida de promoção e proteção designada na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro) e que implica a separação da criança ou jovem da sua família e do seu meio natural de vida. Ocorre quando todas as outras medidas de apoio junto dos familiares não constituem alternativa para a sua proteção, segurança e desenvolvimento saudável.

Ao longo dos tempos, tem-se evidenciado como um desafio para o Acolhimento Residencial, a alteração da população acolhida de crianças que apresentavam fundamentalmente problemas de maus-tratos familiares, negligência parental ou condições precárias na envolvência sociofamiliar para o acolhimento de adolescentes com perfis e necessidades muito diversas (Gomes, 2010).

O mal-estar pessoal e social, assim como os problemas psicopatológicos, resultam de uma complexa interação de numerosas variáveis quer ambientais/contextuais quer pessoais. Há muitas fontes de influência e nenhum fator é suficiente para explicar a perturbação cognitiva, emocional ou comportamental (Matos e Sampaio, 2009).

Existem, muitas crianças e jovens que para além de agirem compulsivamente com a sua agressividade, continuam sem perceber porquê, sem saber como parar e sem terem ninguém que as guie nesta descoberta, por vezes tão inacessível e de grande sofrimento (Belo e Amaral, 2010 citado por Amaral, 2010).

Este trabalho inicia-se com a formulação da pergunta de partida: Que dificuldades e constrangimentos é que as instituições de acolhimento identificam na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental?

Esta pergunta pretende "ouvir" as Instituições de Acolhimento Residencial, por forma a permitir chegar ao objetivo geral da Dissertação que consiste em Compreender a intervenção da Casa de Acolhimento com crianças e jovens com problemas de saúde mental em acolhimento residencial.

Por forma a atingir o objetivo geral, construíram-se os objetivos específicos:

- Conhecer o grau de incidência de crianças e jovens com problemas de saúde mental nas casas de acolhimento;
- Identificar os constrangimentos e necessidades no acolhimento de crianças e jovens com problemas de saúde mental;
- Conhecer o impacto da saúde mental das crianças e jovens na promoção da proteção e segurança durante o acolhimento residencial;
- Identificar as possíveis melhorias do sistema na opinião das Casas de Acolhimento.

O estudo/investigação encontra-se estruturado em três grandes capítulos, com vista a responder aos objetivos específicos.

O Capítulo I, pretende fazer uma abordagem ao enquadramento teórico das duas grandes áreas de intervenção social que o tema da Dissertação aborda, a área do Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens e a área da Saúde Mental na Infância e Adolescência. Pretende-se tratar as duas áreas de uma forma individualizada, bem como de uma forma conjunta, tentando perceber as influências que cada uma tem na outra.

O Capítulo II, descreve a metodologia adotada no estudo/investigação, o campo empírico escolhido, a população ou universo em que recai o estudo, as técnicas, instrumentos de recolha, métodos de investigação e ainda os instrumentos adotados no tratamento dos dados recolhidos.

Por fim, o Capítulo III pretende apresentar os resultados obtidos após análise dos dados recolhidos pela técnica de recolha de dados, o questionário. Apresenta uma estrutura de acordo com o questionário e com os objetivos específicos definidos no início da investigação, por forma a permitir uma leitura e interpretação mais objetivas e diretas.

A Dissertação termina com a conclusão dos resultados da investigação assim como uma reflexão sobre a atual realidade do acolhimento residencial e a necessidade de adequação das condições do mesmo de acordo com as necessidades da população acolhida.

Para finalizar, apresenta-se a bibliografia utilizada na elaboração de todo o trabalho e vários anexos que sustentam o estudo.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Criança como sujeito autónomo de direitos

"A criança começa a ser considerada como objecto de direito no século XIX, mas ainda sem a dignidade de pessoa humana. Contudo o reconhecimento e proclamação dos seus direitos só se vai tornando uma realidade concreta a partir de meados do século XX". (Gomes, 2010:35)

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, aprovada na Resolução 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, a 20 de Novembro de 1989, torna-se no principal Tratado sobre os Direitos das Crianças. Enuncia não só um amplo conjunto de direitos fundamentais – direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais – para todas as crianças, como também contém um extenso conjunto de normas internacionais, juridicamente vinculativas, referentes à promoção e proteção dos direitos das crianças no mundo. (Joaninho, 2010)

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança assenta em quatro pilares fundamentais relacionados com os direitos das crianças (Joaninho, 2010):

- A não discriminação que significa que todas as crianças têm o direito de desenvolver o seu potencial, em todas as circunstâncias, em qualquer momento e em qualquer parte do mundo. (artigo 2.º)
- O interesse superior da criança que deve ser uma consideração prioritária em todas as ações e decisões que respeita à criança. (artigo 3.º)
- A sobrevivência e desenvolvimento que sublinha a importância vital da garantia de acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades para que as crianças possam desenvolverem-se plenamente. (artigo 6.º)
- A opinião da criança que significa que a voz das crianças deve ser ouvida e tida em conta nos vários momentos. (artigo 12.º)

Através da referida Convenção, encontra-se contemplada a obrigação dos Estados de proteger a Criança e de tomar medidas necessárias para promover os seus direitos, devendo garantir-lhe os cuidados adequados, quando os pais, ou outras pessoas responsáveis por ela, não tenham capacidade para o fazer. (Joaninho, 2010)

A Criança passa a ser vista como sujeito ativo de direitos fundamentais e identidade própria, enquanto indivíduo e membro de uma família e de uma comunidade. (Joaninho, 2010)

Em Portugal, a preocupação pela proteção da infância é assinalada por Ferreira (2011) como tendo três marcos significativos ao longo da sua história.

O primeiro, em 1911 com a criação da "Lei de Proteção da Infância" na qual o Governo da República detinha a autoridade máxima para instituir as políticas sociais básicas, assentes no bem, na moral e numa sociedade bem organizada numa "voz" única (Ferreira, 2011). Foi com esta Lei que nasceram as organizações das tutorias de infância, com o intuito de guardar, defender e proteger as crianças em perigo moral, desamparadas ou delinquentes. A criança passou a ser reconhecida como um sujeito de direitos tutelares e exigíveis (num quadro legal) de forma diferenciada da dos adultos, tendo sido criados os primeiros tribunais de menores ("Tutorias da Infância"), e separado o tratamento judicial dos menores do dos adultos. Esta lei conduziu a um modelo de proteção do tipo assistencialista, em oposição aos designados modelos de justiça (Pinheiro, 2012).

O segundo surge com a publicação da Organização Tutelar de Menores de 1962 e a sua revisão em 1978, altura em que já existiam poderes legislativos e consultivos e onde a participação dos partidos políticos era exercida de forma ativa permitindo uma diversidade de ideologia nomeadamente sobre o bem-estar das populações (Ferreira, 2011). É esta Organização que passa a orientar o funcionamento dos tribunais de menores, realçando um papel protetor e pedagógico e agindo da mesma forma quer perante uma criança-vítima, quer perante uma criança-agressor ou que cometia um facto qualificado como crime (Pinheiro, 2012). Esta mesma Lei reforça a importância da intervenção preventiva e atribui grande destaque ao papel da família (Ferreira, 2011).

Para Ferreira (2011), o terceiro marco dá-se aquando da criação da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) e da Lei Tutelar Educativa (Lei n.º 166/99, de 14 de Setembro) em 1999, resultantes de uma "Reforma do Sistema de execução das penas e medidas" relativa a uma revisão em 1998 da Lei de Menores, na qual se prevê uma separação das crianças e jovens em risco, objetos de intervenção social pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social e os jovens infratores que passam a beneficiar de uma intervenção judicial por parte do Ministério da Justiça.

Outras datas e diplomas foram fazendo a diferença na problemática da proteção da criança: em 1919 é criado um órgão coordenador das ações tutelares sobre as crianças que

adquire, em 1926, competências de definição e intervenção nas situações de perigo moral das crianças. Em 1979, é criado o Instituto do Acolhimento Familiar (Decreto-Lei n.º 288/79, de 13 de Agosto) e, em 1986, são regulamentados os Lares de Acolhimento (Decreto-Lei n.º 2/86, de 2 de Janeiro). Em 1990, Portugal ratifica a Convenção Internacional dos Direitos da Criança substituindo o conceito de proteção pelo de participação e o reconhecimento às crianças dos Direitos semelhantes aos adultos (Joaninho, 2010). Em 1991, foram criadas as Comissões de Proteção aos Menores (Decreto-Lei n.º 189/91 de 17 de Maio) que permitiu evitar o contacto das crianças com os Tribunais e sensibilizar a comunidade para apoiar a família na procura de soluções de intervenção junto das crianças e jovens (Ribeiro, 2008). Em 1997, é criada a rede nacional dos Centros de Acolhimento Temporário (Resolução do Conselho de Ministros n.º 193/97) (Pacheco, 2010). Em 1998, é publicado o Regime Jurídico de Adoção (Lei n.º 9/98, de 18 de Fevereiro, alterado posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 120/98, de 8 de Maio), é criada a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (Decreto-Lei n.º 98/98, de 18 de Abril), e é também regulamentado o funcionamento dos Lares de Crianças e Jovens (Decreto-Lei n.º 2/98, de 2 de Janeiro) (Barbas, 2014; Pacheco, 2010).

1.1. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Como foi referido anteriormente, em 1999, surge a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) através da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, com um novo modelo de proteção de crianças e jovens em risco, que apela à participação ativa da comunidade, numa relação de parceria com o Estado (Joaninho, 2010). Esta Lei foi sujeita a alterações pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto e mais recentemente pela Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro.

Tal como se refere a autora Isabel Gomes (2010:36) na sua essência esta Lei

“Pretende salvaguardar os direitos das crianças e dos jovens, cujos pais ou responsáveis comprometem a sua saúde, o seu desenvolvimento e educação, ou não são capazes de os proteger face aos perigos colocados por terceiros, ou pelas próprias crianças ou jovens, afastando esse mesmo perigo.”

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo regula a intervenção social do Estado e da Comunidade nas situações de crianças e jovens em perigo tendo como objeto "a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral" (artigo 1.º da LPCJP).

A criança ou jovem encontra-se em perigo quando (artigo 3.º da LPCJP):

- Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- Está aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais;
- É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponha de modo adequado a remover essa situação.

Qualquer intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e jovem em perigo deve respeitar e ser orientada pelos princípios enumerados no artigo 4.º da LPCJP:

- Interesse superior da criança e do jovem;
- Privacidade;
- Intervenção Precoce;
- Intervenção Mínima;
- Proporcionalidade e atualidade;
- Responsabilidade Parental;
- Primado da continuidade das relações psicológicas profundas;
- Prevalência da família;
- Obrigatoriedade da Informação;
- Audição Obrigatória e Participação;
- Subsidiariedade.

Segundo o artigo 6.º da LPCJP, "a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em perigo incumbe às entidades com competência em matéria de infância e juventude, às comissões de proteção de crianças e jovens e aos tribunais", sendo que a intervenção das comissões de proteção de crianças e jovens ocorre quando não seja possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude remover o perigo em que se encontram (artigo 8.º da LPCJP).

As comissões de proteção de crianças e jovens apenas podem intervir após o consentimento expresso e prestado por escrito dos pais, do representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto da criança ou jovem, e do mesmo quando maior de 12 anos. No caso de não existir esse consentimento ou este ser retirado, entre outras situações, elencadas no artigo 11.º da LPCJP, a intervenção da comissão de proteção é substituída pela intervenção judicial.

Na intervenção, quer das comissões de proteção, quer judicial é elaborado um acordo de promoção e proteção no qual está integrada a medida de promoção e proteção aplicada. Esta medida poderá ser em meio natural de vida: Apoio junto dos pais, Apoio junto de outro familiar; Confiança à pessoa idónea; Apoio para autonomia de vida; ou poderá ser uma medida de colocação: Acolhimento familiar; Acolhimento residencial; Confiança à pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção (artigo 35.º LPCJP).

2. Acolhimento Residencial

A medida de promoção e proteção Acolhimento Residencial constitui-se como uma das principais modificações à LPCJP, pela Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro. Esta medida, anteriormente denominada "Acolhimento Institucional" é agora definida como "colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações, equipamento de acolhimento e recursos humanos permanentes, devidamente dimensionados e habilitados, que lhes garantam os cuidados adequados" por forma a

"contribuir para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral" (artigo 49.º da LPCJP).

O Acolhimento Residencial ocorre nas Casas de Acolhimento, anteriormente designadas de Casas de Acolhimento Temporário, para acolhimentos com um prazo máximo de 6 meses, e Lares de Infância e Juventude para acolhimentos superiores a 6 meses.

A aplicação de uma medida de Acolhimento Residencial, conduz à retirada da criança ou jovem do seu seio familiar e à sua colocação em meio institucional. Esta medida é o último recurso após se terem esgotado as hipóteses de aplicação de todas as outras medidas em meio natural de vida. São inúmeras as razões que estão por detrás de um recurso à institucionalização desde mau trato físico, psicológico, emocional, negligência, abuso sexual,

abandono, rejeição ou desaparecimento, ausência ou morte das figuras parentais (Canha, 2000; Machado, 1996; Machado e Gonçalves, 2002; Magalhães, 2002; Roig e Ochotorena, 1993). Durante o período de Acolhimento da criança ou jovem, a sua família é avaliada e sujeita a intervenção psicossocial, social, comunitária e/ou clínica, com vista à superação das suas dificuldades sempre com o intuito de promover a reunificação familiar da criança ou jovem.

2.1. Casa de Acolhimento

"As Instituições de Acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas com acordo de cooperação com o Estado" (artigo 52.º da LPCJP).

As Casas de Acolhimento têm como objetivo proporcionar às crianças e jovens acolhidos relações afetivas do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a sua integração na comunidade (artigo 53.º da LPCJP), e devem obedecer a modelos de intervenção socioeducativos adequados às crianças e jovens acolhidos (artigo 50.º da LPCJP). A Lei indica que as Casas de Acolhimento se podem organizar por unidades especializadas: Casas de Acolhimento para resposta em situações de emergência, Casas de Acolhimento para resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica evidenciadas pelas crianças e jovens a acolher; Apartamentos de Autonomização para o apoio e promoção de autonomia dos jovens (artigo 50.º da LPCJP). Além destas referências, indica também que instituições que desenvolvem respostas residenciais, na área da educação especial ou saúde, podem executar medidas de acolhimento residencial (fundamentadas e no tempo estritamente necessário) relativamente a crianças ou jovens com deficiência permanente, doenças crónicas de carácter grave, perturbação psiquiátrica ou comportamentos aditivos, sempre garantindo os cuidados socioeducativos e terapêuticos a prestar no âmbito da execução da medida.

Para a Segurança Social, que assume os Acordos de Cooperação com as Instituições em nome do Estado, compete às Respostas de Acolhimento,

"a proteção da criança e do jovem a todos os níveis, diligenciando de imediato após o acolhimento no sentido de garantir a rápida reposição de todos os direitos, que à data do acolhimento, não se encontravam acautelados no seu meio natural de vida, procurando definir o seu projecto de vida que poderá passar pela manutenção do acolhimento institucional, retorno à família, definição de uma situação de adoção ou na definição de um projecto de autonomia de vida para os jovens." (ISS, 2015:3)

Isabel Gomes (2010), identifica dez princípios fundamentais para a promoção de um acolhimento residencial de qualidade, baseado numa teoria desenvolvida por Del Valle e Fuertes (2000): a individualidade; o respeito pelos direitos da criança e das suas famílias; a adequada cobertura das necessidades básicas da criança; a escolarização e alternativas educativas; os cuidados de saúde; a integração social; a preparação para a autonomia; o apoio às famílias; a segurança e proteção; o projeto de vida e o respeito pelo direito da criança à participação.

Obrigatoriamente as Casas de Acolhimento dispõem de recursos humanos organizados em equipas que se articulam entre si: Equipa Técnica: pluridisciplinar constituída por técnicos superiores das áreas de psicologia, serviço social, entre outros, e onde se integra o Diretor Técnico; Equipa Educativa: constituída por colaboradores com formação profissional específica inerentes à função de auxiliar de ação educativa e de cuidados de crianças; Equipa de Apoio: constituída por colaboradores de serviços gerais (artigo 54.º da LPCJP).

É na articulação dos elementos de todas estas equipas que se estrutura a resposta adequada às necessidades e especificidades de desenvolvimento apresentadas pelas crianças na sua individualidade, por forma à promoção do seu desenvolvimento integral e integrado (Gomes, 2010).

Os recursos humanos de qualquer organização, e neste caso específico, no acolhimento de crianças, constituem um elemento fundamental na garantia do sucesso de boas práticas, quer ao nível educativo quer ao nível do desenvolvimento integral das crianças e dos jovens. Cabe a eles o desenvolvimento de uma intervenção de qualidade que permita a reparação das vivências traumatizantes que obrigaram à separação da sua família (Gomes, 2010).

2.1.1. Acolhimento em números

Anualmente, todas as Respostas de Acolhimento procedem ao preenchimento de questionários, os CASA, relativos à caracterização de cada criança ou jovem acolhido ou que tenha cessado o seu acolhimento nesse ano correspondente. Esses questionários são enviados para o Instituto de Segurança Social, IP, que os analisa e elabora o Relatório de Caracterização da Situação de Acolhimento de Crianças e Jovens, que é posteriormente entregue à Assembleia da República pelo Governo em funções.

Assim e recorrendo ao último relatório publicado, CASA 2014, podemos verificar que no ano 2014, estavam acolhidas 8.470 crianças e jovens e 2.433 terão cessado o seu acolhimento. Houve 2.143 novos acolhimentos, dos quais 452 em situações de procedimento de urgência e 6.327 acolhimentos com mais de um ano. Das situações de procedimento de urgência, 137 correspondem a jovens dos 15-17 anos, 88 a crianças dos 0-3 anos e 61 a crianças dos 6-9 anos.

A análise comparada dos anos 2006 a 2014, descrita no relatório CASA 2014, mostra que houve uma diminuição de 30,8% de acolhimentos (3.775 crianças e jovens) face a 2006. No entanto, em 2014, e pela primeira vez, verifica-se um aumento embora pouco significativo (25 crianças e jovens), no número de acolhimentos face a 2013. Ao longo dos 9 anos de análise, foi regular o número de crianças e jovens que cessaram o acolhimento ser superior ao número de crianças que iniciam o acolhimento.

Relativamente à distribuição geográfica, em 2014, verifica-se que Lisboa e Porto apresentam maior número de acolhimentos, 1.602 (18,9%) e 1.568 (18,5%) respetivamente, seguidos de Braga com 613 (7,2%), Setúbal, 515 (6,1%), Coimbra, 499 (5,9%), Aveiro, 470 (5,6%) e Faro, 424 (5%).

Quanto à distribuição por sexo, existe uma maior incidência para crianças e jovens de sexo masculino com 4.392 (51,9%) acolhimentos contra 4.078 (48,1%) do sexo feminino, particularmente até aos 14 anos, sendo que a partir dos 15 anos a tendência inverte.

Analisando os escalões etários, os adolescentes constituem uma representatividade elevada em todo o panorama do acolhimento: 0-3 anos: 735 (8,7%); 4-5 anos: 361 (4,3%), 6-9 anos: 880 (10,3%); 10-11 anos: 686 (8%); 12-14 anos: 1.784 (21,1%); 15-17 anos: 2.969 (35,1%); 18-20 anos: 1.055 (12,5%). Comparativamente com o ano 2013, os escalões etários que sofreram aumentos foram os 15-17 anos e os 18-20 anos, com 130 e 109 jovens respetivamente.

Das 7.271 crianças e jovens com menos de 18 anos (idade até ao qual a escolaridade é obrigatória), 14 não frequentam a escola ou cursos de formação profissional e de 144 não se conhece a situação escolar. Na distribuição por faixa etária, a larga maioria das crianças e jovens frequenta a escola no ano ou ciclo correspondente à idade, no entanto ainda se verifica uma elevada taxa de insucesso escolar: 274 crianças (40,8%) entre os 10 e 11 anos ainda se encontram a frequentar o 1.º ciclo, 35 das quais em currículo alternativo, 75 crianças (6%) entre os 12 e 14 anos também frequentam o 1.º ciclo e 237 (31%) o 2.º ciclo, quando o grau escolar equivalente à sua idade é o 3.º ciclo. 30 jovens (1%) dos 15-17 anos,

estão a frequentar o 1.º ciclo, 364 (12%) o 2.º ciclo e 1575 (53%, destas apenas 38% em ensino regular) o 3.º ciclo.

Nas situações de perigo que conduziram ao acolhimento residencial, o relatório destaca a falta de supervisão e acompanhamento familiar (60%), seguido da exposição a modelos parentais desviantes (35%), negligência nos cuidados de educação (32%) e de saúde (30%), ausência temporária de suporte familiar (11,2%), prática de comportamentos desviantes (9,36%) e exposição a mau trato físico (7,36%).

Quanto à aplicação de medidas em meio natural de vida anteriores à situação de acolhimento, das 8.470 crianças e jovens, 3.925 (46,34%) tiveram alguma medida aplicada em meio natural de vida, 3.383 (39,94%) não tiveram qualquer medida aplicada em meio natural de vida antes do primeiro acolhimento e em 1.162 (13,72%) essa aplicação é desconhecida. Das 3.925 crianças e jovens que tiveram uma medida aplicada em meio natural de vida, a 3.116 foi aplicada a medida apoio junto dos pais, a 821 a medida apoio junto de outro familiar, a 159 confiança a pessoa idónea e a 6 apoio para autonomia de vida. Para 177 destas crianças ou jovens foi aplicada mais que uma medida em meio natural de vida.

Quanto à aplicação de medida de acolhimento anterior à situação atual descrita no relatório, 3.078 (36,3%) crianças e jovens passaram por outras respostas de acolhimento antes da atual; 2.488 (80,8%) estão atualmente na segunda resposta de acolhimento, 453 (14,7%) na terceira e 137 (4,5%), na quarta, quinta ou sexta resposta. Do total de crianças e jovens que passaram por outras respostas 758 são crianças dos 0-11 anos e 2.320 são jovens dos 12-20, sendo que o escalão etário maioritário encontra-se nos 15-17 anos com 1.197 jovens.

2.2. Intervenção do Serviço Social no Acolhimento Residencial

O Assistente Social no exercício do seu "agir profissional, utiliza os fundamentos teóricos e técnicos na intervenção com a criança e a família, orientados por uma abordagem humanista e baseada em princípios de responsabilidade e bem-estar em conformidade com os princípios dos códigos de ética" (Ferreira, 2011:269).

A Internacional Federation of Social Workers (IFSW) em 2000, define Serviço Social como o exercício profissional baseado na mudança social, na resolução dos problemas e na capacitação de pessoas, orientados por princípios de justiça social e direitos humanos e

centra o campo de intervenção na relação entre as pessoas e o meio ambiente (Guadalupe, 2010).

No Acolhimento Residencial, a intervenção do Assistente Social baseia-se essencialmente em dois tipos de modelos: o modelo sistémico e o modelo ecológico, também apelidado unicamente de ecossistémico. Isto é, “os sujeitos, longe de serem um produto passivo do ambiente, são agentes dinâmicos do mesmo, edificando realidades, através da interacção com os elementos demográficos, físico-naturais, sociais e culturais de uma comunidade” (Delgado, 2009:158).

A abordagem ecossistémica consiste num modelo interpessoal, descritivo e compreensivo que permite a identificação das múltiplas variáveis e fatores no contexto do acolhimento residencial, evidenciando os parâmetros que o definem, os processos que o caracterizam e os potenciais efeitos na integração social e desenvolvimento integral destas crianças e jovens (Delgado, 2009).

2.2.1. Modelo Sistémico de Intervenção Social

O modelo sistémico de intervenção social identifica a família como um sistema aberto e dinâmico, formado por subsistemas em constante interação, interna e externa (Dias, 2011; Howe, 2009).

Os membros de cada sistema criam relações, estabelecem regras, normas e crenças, determinam o tipo de comunicação, interna e externa, e de expressão de afetividade com padrões intergeracionais, que lhes reconhece uma identidade única e distingue o seu sistema-família de todas as outras. (Caparrós, 1998; Gomes, 2010)

Cada membro é considerado uma unidade funcional e um sistema por si só, que se relaciona com outros alterando a sua configuração e desempenho de papéis e funções. Isto é, a estrutura e organização da família determinam as ações e comportamentos de cada um dos membros, que influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos dos outros. Ou seja, uma parte da família não pode ser compreendida sem o resto do sistema, pois todos os seus elementos se organizam através de uma estrutura de relações, onde se definem papéis e funções conformes às expectativas sociais. (Caparrós, 1998; Gomes, 2010)

A família, enquanto sistema, interage com outros sistemas como a família alargada, a escola, o trabalho e a comunidade. Assim, cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, ocupando em simultâneo diversos papéis em diferentes contextos, funções e tipos de interação. (Caparrós, 1998; Gomes, 2010)

No Acolhimento Residencial, é importante a intervenção em todos os sistemas e subsistemas nos quais a Criança ou Jovem esteja integrado, seja na comunidade, na Casa de Acolhimento ou na família de origem, pois todos contribuem, positiva ou negativamente, para o seu desenvolvimento psicossocial.

No caso da família de origem, e em situações em que há possibilidade de uma reintegração familiar, é importante a elaboração de um plano de intervenção com a mesma, identificando as dificuldades e potencialidades sociofamiliares, tentativa de resolução de problemas e disfunções que mais diretamente afetam as suas crianças/jovens ou no reconhecimento e aceitação das alternativas mais adequadas ao desenvolvimento equilibrado destas, ao mesmo tempo que se promove uma relação saudável e próxima entre a família e a criança/jovem. (Gomes, 2010)

2.2.2. Modelo Ecológico de Intervenção Social

Para Bronfenbrenner, o desenvolvimento humano depende diretamente do ambiente, do percurso ou das interações que se estabelecem e restabelecem entre pessoas, entre estas e os símbolos ou objetos que caracterizam o seu ambiente externo (p.e. ler, brincar sozinha, resolver problemas, praticar desporto, novos conhecimentos) e entre sistemas (p.e. escola - família ou ensino superior - mercado de emprego). (Delgado, 2009).

O modelo ecológico, tem por base a identificação das necessidades de desenvolvimento da criança, das competências parentais e dos fatores familiares e ecológicos, numa lógica de identificação dos fatores de risco e de proteção da criança e da sua família. Este modelo reconhece o importante papel da família, na construção da identidade e no desenvolvimento das crianças e dos jovens, tendo como objetivo fortalecer as competências parentais, potenciadoras de um desenvolvimento global da criança. A característica deste tipo de intervenção reside na criação e dinamização de uma rede de suporte à família, informal e formal, potenciadora de fatores de proteção. (Joaninho, 2010)

"Ao longo da vida, os indivíduos adaptam-se ao meio envolvente mas também podem, de modo recíproco, adaptá-lo ou modificá-lo, influenciando-se mutuamente" (Thomas e Pierson, 1995, Caballo, Candia, Caride e Meira, 1996 citado por Delgado, 2009:158). A perspetiva ecológica reconhece a interdependência e a inter-relação entre os diferentes níveis ambientais e os elementos que os compõem e caracteriza-se ainda pela reciprocidade entre as suas partes, pelo facto da mudança numa delas afetar o todo, por possuir uma estrutura flexível e adaptativa, face aos restantes sistemas ou subsistemas,

sempre com tendência para o equilíbrio (Relvas, 1996, Alarcão, 2000, Thomas e Pierson, 1995, Ander-Egg, 1997 citado por Delgado, 2009).

Os comportamentos de um indivíduo devem-se compreender não apenas pelo que ele é ou pelo seu desenvolvimento ontogénico, mas também pelas inúmeras relações que ele estabelece nos diferentes ambientes ou níveis ecológicos em que está inserido (Bronfenbrenner, n.d., Howe, *et al.*, 1999 citado por Delgado, 2009).

Bronfenbrenner (1996 citado por Delgado, 2009), na sua Teoria Ecológica do Desenvolvimento, define quatro círculos onde qualquer pessoa se insere. O microsistema, aquele que envolve o indivíduo desde os primeiros anos de vida e as interações existentes em espaços como casa/família, com os pais e os irmãos, a escola e o parque infantil. O mesosistema, às relações ou interconexões que cada um destes microsistemas estabelece entre si (relação escola/família, ou família/amigos da vizinhança), sendo mais poderoso e rico para o desenvolvimento da criança quanto mais diversos e fortes são os vínculos entre os meios, em especial para o que liga a família à escola (Garbarino e Eckenrode, 1999 citado por Delgado, 2009). O exosistema refere-se à comunidade envolvente em que as famílias se inserem e ao mundo do trabalho (Alberto, 2004 citado por Delgado, 2009). O macrosistema relaciona-se com a cultura social, os valores, as crenças e os modos de agir de uma determinada sociedade, e a forma como ela se organiza, desde o espaço mais privado (microsistema) à esfera nacional (Delgado, 2009).

Na intervenção com as famílias e as suas crianças e jovens acolhidas é importante descrever o ambiente ecológico concreto em que a sua família se integra, as suas disfunções, e o modo como a família se relaciona com os meios exteriores, ao nível do meso e do exosistema (Delgado, 2009).

Na intervenção com as crianças e jovens acolhidos, identificam-se grandes alterações ao nível dos círculos em que se inserem. Ao nível do microsistema, o acolhimento implica a descoberta de novos espaços, como a rua, o bairro, as instalações desportivas ou o parque, outros símbolos e novos objetos, novos cuidadores, novos amigos, nova escola, diminuindo significativamente ou cessando os contactos com amigos e vizinhos que possuíam no contexto de vida anterior. O contacto com os pais, os irmãos e outros familiares, poderá manter-se se for do superior interesse da criança (Delgado, 2009).

A nível do mesosistema, são igualmente evidentes as alterações, uma vez que, existindo novos microsistemas, existirão obrigatoriamente modificações nas relações entre estes, nomeadamente entre a própria casa de acolhimento e a família de origem. A nível

exossistema, incluem-se todos os acontecimentos relevantes que afetam a família biológica e a sua condição social, económica e cultural, pois apesar da criança não participar direta ou ativamente nestas esferas, a possibilidade de regresso a casa pode ser condicionada ou facilitada pelo decurso desses acontecimentos. Ao nível do macrosistema, destacam-se os padrões culturais e ideológicos predominantes que representam os valores e as crenças sobre a família e sobre o Acolhimento Residencial (Delgado, 2009).

2.3. Criança e Jovem em Acolhimento

A vivência de crianças e jovens em acolhimento, assim como os efeitos a que estão sujeitas perante esta situação tem sido objeto de estudos há várias décadas (Pinheiro, 2011).

Crianças e jovens que vivem em instituições, e cuja sua curta vida foi marcada por padrões de violência emocional e por vivências de privações, relações insuficientes ou deficientes ao nível dos cuidados parentais, acrescido de separações/abandonos, apresentam geralmente maiores dificuldades a nível do seu funcionamento individual e são descritas como tendo menos possibilidades em atingir um desenvolvimento físico e psicológico saudável (Marujo, 1994, Rodrigo e Palacios, 1998, Scannapieco, 2005, Vaughn et al, 2007 citado por Magalhães, 2012). Estão, normalmente, dependentes de um meio familiar patológico que as impede de suprimir as suas necessidades e o seu desejo de crescer, estando imbuídas quase sempre de sofrimento e traumas que não conseguem ainda codificar ou dar significado (Strecht, 2000).

O Acolhimento Residencial a que a criança ou jovem é sujeita, tem sempre como objetivo o afastamento do perigo, sendo esta intervenção guiada pela intenção de a proteger e de lhe proporcionar condições de desenvolvimento e bem-estar, no entanto por vezes resulta num acréscimo de danos para a criança. Aliás, ao longo do tempo, os estudos têm demonstrado consistentemente que a institucionalização poderá ter um impacto negativo em qualquer área do desenvolvimento da criança (MacLean, 2003).

A reação das crianças e jovens perante as perdas/abandonos/separações depende de variados fatores: a idade, o desenvolvimento e a maturidade da criança ou jovem, a vinculação com os seus cuidadores, as experiências de separação anteriormente vividas, a perceção da causa e a preparação para a separação, a mensagem recebida no momento da separação, as condições do ambiente do qual é retirada e do novo ambiente onde é inserida, a duração e os cuidados diferenciados que recebe no acolhimento acrescido do temperamento

e personalidade da criança ou jovem (Rutter, 1991, Sloutsky, 1997 e Zurita e del Valle, 2005 citado por Magalhães, 2012).

É comum o sentimento de abandono e rejeição tornar-se num obstáculo em futuras relações afetivas por persistir o medo de nova rejeição. Esse medo verifica-se na forma extremamente reivindicativa de afeto em relação a todas as pessoas que dela se aproximam, persistindo um grande conflito entre a necessidade de afeto e a incapacidade em estabelecer relações estáveis e satisfatórias. Cabe à instituição prestar um acompanhamento afetivo compensatório onde se contrariem novos vínculos desta natureza, evitando a instalação de um desinteresse no relacionamento interpessoal que pode fazer com que seja difícil a sua reinserção na família e na sociedade em geral. (Magalhães, 2012)

É também comum e natural o sentimento de ambiguidade relativamente à família, uma vez que, não se sentindo seguras junto destes (pela não satisfação de necessidades básicas) sentem uma forte ligação aos mesmos. Esta ambivalência é, muitas vezes, uma fonte de conflito interior que leva a sentimentos de perda e de angústia profundos (Bowlby, 1998b citado por Magalhães, 2012).

Para David (1990 citado por Magalhães, 2012) embora a criança institucionalizada possa apresentar carências afetivas, cabe também às casas de acolhimento serem eficientes e possibilitarem a transformação dessas carências, permitindo um desenvolvimento harmonioso e equilibrado dessas crianças. Menzies (1985, citado por Fonseca, 2000), revela que a estrutura organizacional da instituição poderá ser determinante na internalização de um modelo de "mundo interno" adequado a estas crianças. Cabe à casa de acolhimento permitir e promover que as crianças assumam as suas próprias responsabilidades no dia-a-dia, desenvolvendo um conjunto de competências pessoais e sociais que lhes permitam uma maior adaptação ao "mundo externo". Caso contrário, as crianças e jovens tenderão a enfatizar, ainda mais, as falácias sobre as quais o seu "mundo interno" foi construído (Magalhães, 2012).

Vários autores caracterizam as crianças vítimas de abuso ou negligência como crianças agressivas, com má adaptação escolar, baixa performance académica, relacionamentos pobres e deficientes capacidades sociais. Referem ainda que o acolhimento, conduz ao desenvolvimento de adultos antissociais e, mais especificamente, à adoção de comportamentos de risco ou de criminalidade na idade adulta. No entanto, parece que estes fatores estão mais relacionados com crianças e jovens provenientes de famílias violentas,

pelo que a situação de violência e de abuso parecem ser as variáveis mais significativas neste tipo de comportamento (Magalhães, 2012).

O mau trato é um fator quase comum no acolhimento de crianças e jovens. Qualquer que seja a tipologia do mau trato, considera-se a existência de consequências a curto e a longo prazo. Segundo Skuse e Bentovim (1994), as consequências a curto prazo poderão manifestar-se ao nível físico e psicológico, existindo uma grande probabilidade de concomitância ao nível destes dois tipos de sequelas.

As sequelas resultantes de situações de mau trato físico são as mais obvias pela sua visibilidade, no entanto as consequências psicológicas a curto prazo do mau trato, poderão apresentar sequelas mais profundas, prolongadas e com repercussões no desenvolvimento (Martins, 2002), podendo então tornarem-se em consequências a longo prazo.

Segundo Magalhães (2002), as consequências a longo prazo podem ser de carácter orgânico ou psicossocial. Estas últimas, pela sua elevada prevalência e pelas consequências que poderão vir a desenvolver no futuro, entre cognitivas, afetivas, comportamentais e psiquiátricas, são as que merecem mais atenção no sentido de preveni-las, identificá-las e tratá-las. Já Machado e Gonçalves (2002 citado por Magalhães, 2012) referem que as consequências a longo prazo mais referidas são o atraso de crescimento ponderal e de estatura, o atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos, atraso de linguagem, dificuldades de relacionamento social, insucesso escolar, perturbações de personalidade, comportamentos sociais de risco, baixa autoestima, aumento da delinquência e da criminalidade, bem como transmissão do mau trato às gerações seguintes.

Pensar no impacto do acolhimento residencial no desenvolvimento de crianças e jovens para Alberto (2003:227):

"É considerar os fundamentos, as possibilidades e os limites subjacentes a esta política de intervenção, é ultrapassar a generalidade do conceito e reconhecer a diversidade das instituições, o seu tamanho, os seus objetivos, a sua dinâmica interna, o seu corpo profissional, os apoios que têm, etc".

Para Bowlby (1981, 1984) as consequências resultantes do acolhimento poderão ser diminuídas através de uma prestação de cuidados maternos semelhantes aos que a criança ou jovem deveria receber da sua figura materna. Sendo importantes três conceitos nestes cuidados, a continuidade, disponibilidade e sensibilidade de resposta (Pinhel et al, 2005).

3. Saúde Mental na Infância e Adolescência

A família tem um importante papel na socialização e na educação de todas as crianças, sendo esta a instituição social com mais forte vínculo afetivo que cada indivíduo possui na sua vida. O papel da família transmite-se através de aprendizagens, educação, segurança, autonomia, autoridade e integração social. A criança consegue crescer com qualidade de vida e bem-estar quando a sua família lhe consegue transmitir valores, afeto, segurança e autonomia (Barbas, 2014).

O desenvolvimento de problemas psicopatológicos ou simplesmente o sentimento de mal-estar pessoal e social, são resultado de fatores ambientais e individuais uma vez que todos nós estamos sujeitos a alterações pessoais ao longo do nosso desenvolvimento assim como sujeitos a influências do “mundo” que nos rodeia. Desta forma não existe uma causa isolada mas sim um conjunto de situações/fatores que desencadeiam perturbações como perturbação cognitiva, emocional e comportamental. (Matos e Sampaio, 2009)

Devido à diversidade de quadros psicopatológicos durante a infância e adolescência, é exigido ao especialista nesta área uma elevada diferenciação de forma a permitir o diagnóstico e a implementação de intervenções adequadas às várias etapas do desenvolvimento. Cada etapa apresenta um grupo de patologias específicas dessa faixa etária, assim como a sintomatologia de uma determinada patologia difere ao longo do desenvolvimento. (DGS, 2011)

A alta prevalência de perturbações psíquicas da criança e do jovem (15% a 20% estatísticas internacionais), conduziu a que esta área se tornasse de intervenção prioritária. Desde comportamentos de risco como, o consumo de álcool e drogas, ideação e atos suicidários e comportamentos delinquentes, passando pela repercussão negativa na saúde física, integração e aprendizagem escolar e futura adaptação socioprofissional, o risco representa não só um problema atual para o próprio indivíduo como afeta também a qualidade de vida da família e potencia futuros problemas mentais na sua vida adulta e transmissão transgeracional desses problemas. (DGS, 2004)

Assim, o investimento nesta área da saúde é a ação preventiva com melhor relação custo/eficácia, contrariando o aumento continuado de problemas mentais em todos os grupos etários. Intervenções eficazes, conduzem à redução do custo das perturbações de saúde mental não só para o indivíduo e sua família, mas também para os sistemas de saúde e para a sociedade. (DGS, 2011)

Segundo a UNICEF (2011), os indicadores que apresentam maior probabilidade de comprometer o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente são: a pobreza e a pobreza extrema, a baixa escolaridade, a exploração do trabalho, a privação da convivência familiar e comunitária, a violência que resulta em assassinatos de adolescentes, a gravidez, a exploração e o abuso sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e a SIDA, e o abuso de drogas.

No que concerne ao gênero, as diferenças entre rapazes e raparigas acontecem mais ao nível da expressão. Os rapazes tendem a externalizar os seus comportamentos agressivos, enquanto as raparigas, tendem a internalizar os comportamentos e a exibir estados ansiosos (Figueiredo, 1998 citado por Magalhães, 2012)

Bruce Perry (2002 citado por Matos et al, 2015:19), neurologista que se tem debruçado sobre o impacto neurológico do trauma em crianças vítimas de maus-tratos e negligência, afirma que:

“As muitas funções do cérebro humano resultam de uma complexa interação entre potencial genético e experiências devidamente apropriadas no tempo. Os sistemas neuronais responsáveis por mediar o nosso funcionamento cognitivo, emocional, social e fisiológico desenvolvem-se na infância e, portanto, as experiências da infância têm um papel importante na formação da capacidade funcional destes sistemas. Quando as experiências necessárias não são fornecidas nos momentos ideais, esses sistemas neuronais não se desenvolvem de forma adequada.”

Para o psiquiatra João Redondo (2015), aquilo que se sofre em adulto está diretamente relacionado com experiências adversas vivenciadas na infância, que conduzem a alterações psíquicas e por sua vez a disfuncionalidades, algumas delas irreversíveis. Essas alterações ocorrem por exemplo ao nível do córtex frontal, no hipocampo, que está relacionado com as memórias/experiências e que vão condicionar "o agir". Esse "agir" depende também da amígdala, que condiciona o sentido afetivo da percepção de uma informação vinda de fora e que regula a agressividade, que por sua vez depende do medo e ansiedade sentidas, levando muitas vezes a "agir primeiro e pensar depois", sendo que em situações extremas de psicopatologia não se chegue sequer a pensar.

"Os nossos cérebros são esculpidos pelas nossas primeiras experiências. Os maus tratos são um cinzel que molda o cérebro para lidar com conflitos, mas a custo de profundas feridas duradouras" (Teicher, 2000:67 citado por Redondo, 2015).

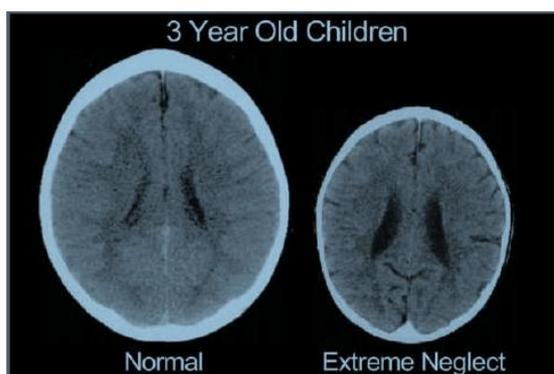


Figura 1.1 - Tomografia Axial Computorizada: Comparação entre um desenvolvimento cerebral normal e um desenvolvimento cerebral resultante de negligência sensorial precoce (Matos et al, 2015:20)

Também Matos et al (2015) nos mostra a partir da Figura 1.1, que o impacto da negligência extrema se reflete ao nível do desenvolvimento cerebral, tanto em termos de crescimento (o cérebro tem um percentil 3), como em termos de estrutura cerebral (tem atrofia cortical e ventrículos aumentados).

Diversos estudos relacionam o tipo de abuso, negligência e maus-tratos e a idade em que ocorre, com os efeitos traumáticos a nível emocional, fisiológico (cerebral) que vão influenciar o seu comportamento (Matos et al, 2015; Redondo, 2015).

No entanto, outros estudos concluíram que, ao contrário do que se pensava, alguns destes efeitos não são completamente irreversíveis, necessitando de uma intervenção prolongada, adequada, num contexto estável e previsível e com adultos em sintonia com as suas necessidades emocionais (Matos et al 2015).

A intervenção psicofarmacológica nestas situações é utilizada no sentido de favorecer e facilitar o processo terapêutico, por norma associado a psicoterapia, quer como contentora, quer como redutora de afetos que possam interferir negativamente no desenvolvimento da terapêutica (Sousa, 1989).

3.1. Vinculação e Resiliência como fatores de proteção no desenvolvimento da criança e adolescente

Na relação da criança ou adolescente com o seu ambiente existe um movimento contínuo entre fatores de proteção, definidos como qualidades da pessoa, contexto ou da interação de ambos, que promovem desenvolvimentos positivos face a diversidades, e fatores de vulnerabilidade como características dos indivíduos ou do seu contexto, que promovem um desfecho negativo numa situação específica (Martin, 2005 citado por Cordovil et al, 2011).

Os Fatores de Proteção ajudam as crianças e jovens a resistir ou a contrabalançar os riscos aos quais estão expostas (Barbas, 2014).

Para John Bowlby, a saúde mental depende diretamente da qualidade dos cuidados parentais recebidos nos primeiros anos de vida, sendo estes fundamentais no desenvolvimento integral saudável do ser humano. O mesmo autor define vinculação como "um sistema inato de comportamentos de aproximação do bebé às figuras cuidadoras, no sentido de adquirir a proteção de que necessita" (Pinhel et al, 2009:509).

Uma vinculação segura desenvolve-se quando as figuras de vinculação se encontram disponíveis para interação e suscetíveis de proporcionar ajuda e bem-estar (previsibilidade, apoio, conforto e proteção) permitindo que as crianças tenham maior probabilidade de ativar respostas que lhes permitam a adaptação a situações adversas (capacidade de enfrentar problemas, de regular as emoções) (Bowlby, 1981, 1984 citado por Pinhel et al, 2009).

Uma vinculação insegura identifica-se quando percebemos um tipo de funcionamento problemático associado a outras áreas do desenvolvimento socio-emocional da criança, quer na relação com os pares (elevados conflitos ou dependência, punição, vitimização, hostilidade), quer em termos de construção do self (alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa e depressiva e isolamento) (Stroufe, 2005 citado por Pinhel et al, 2009).

Segundo Sampaio (2006), a qualidade da vinculação precoce, durante a infância e mesmo na adolescência, faz variar diretamente a capacidade que a criança tem de construir laços afetivos na vida, no entanto em situações de vinculações inseguras, é possível a mudança ao longo de todo o desenvolvimento (Pires, 2011).

A necessidade de uma vinculação segura, poderá estar associada ao facto de na nova LPCJP, artigo 46.º, ser evidente o privilégio dado ao acolhimento familiar em especial para crianças até aos seis anos de idade.

Resiliência consiste num processo ou fenómeno que reflete uma adaptação positiva da criança ou adolescente, apesar das condições de risco a que foi sujeito (Anaut, 2005 citado por Cordovil et al, 2011).

Para Carneiro (2013 citado por Barbas, 2014), "o conceito de resiliência refere-se à maior capacidade que certos indivíduos apresentam em resistirem saudavelmente à adversidade, à privação e ao stress relativamente a outros indivíduos do seu meio." Ou seja, todas as crianças/jovens criados em ambientes de risco podem conseguir tornar-se pessoas saudáveis e exemplares integrantes numa sociedade correta e estruturada (Barbas, 2014).

4. Saúde Mental no Acolhimento de Crianças e Adolescentes

Como se verificou anteriormente, a privação da convivência familiar e comunitária, a que se associa o acolhimento residencial constitui um dos principais fatores no comprometimento de um desenvolvimento global saudável da criança ou adolescente. Embora o acolhimento ocorra com vista à garantia dos direitos e segurança da criança e adolescente, desencadeia sempre um momento de grande tensão, angústia, trauma e sofrimento que deixa marcas importantes no desenvolvimento destes (Calcing e Benetti, 2014).

Por norma, as crianças e adolescentes que integraram casas de acolhimento, trazem consigo uma "bagagem" repleta de maus tratos, negligência e experiências anteriores potencialmente traumáticas, o que constitui graves riscos para o seu desenvolvimento, quer cognitivo quer emocional e que terá repercussões na sua vida futura. Vários autores indicam que crianças em acolhimento residencial apresentam maiores índices de depressão, dificuldades escolares, sentimento de culpa e de abandono, que conduzem ao aumento do risco de consumo de drogas e álcool (Calcing e Benetti, 2014).

Cabe à Casa de Acolhimento proporcionar condições que promovam a possibilidade de transformação e superação das vivências traumáticas anteriores, através do estabelecimento de novos vínculos afetivos, novos relacionamentos com cuidadores e com os seus pares, reconhecimento das experiências anteriores, apoio constante de técnicos especializados e desenvolvimento de estratégias de acompanhamento pedagógico, psicológico e familiar. (Rygaard, 2008 citado por Calcing e Benetti, 2014)

Bowlby (1981; 1984 citado por Ferreira, 2013) refere que o acolhimento dificulta a construção e o desenvolvimento de um vínculo mais seguro e de proximidade com os adultos e/ou cuidadores, pela existência de outras crianças (todas com essas exigências), é-lhe mais difícil despender de tempo, atenção e disponibilidade que cada uma tanto necessita.

Outros autores, atribuem a esta dificuldade de desenvolver uma relação de vinculação seletiva, ao facto de existir frequentemente um rácio elevado de crianças ou jovens para cada adulto cuidador, aliado ao trabalho por turnos destes, diminuição do seu número ao fim de semana, baixa formação, baixa remuneração, baixo estatuto e à frequente rotatividade dos mesmos (Ferreira, 2013; Lopes, 2013).

Pedro Strecht (2000) distingue os três grandes quadros de características de desenvolvimento mais comuns nas crianças e jovens acolhidos:

- Imaturidades estruturais - crianças mal organizadas, com um "eu" não integrado, imaturas, com falhas a nível escolar (mesmo que com um potencial intelectual de acordo com a

média), discurso muito ligado ao concreto, sem grandes referências, regras e limites. Revelam sintomaticamente atraso de crescimento e de linguagem, problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, perturbações orgânicas de repetição/psicossomáticas, dificuldades de controlo de esfíncteres com enurese e ecoprese, entre outros;

- Depressões - com vários níveis de profundidade e de gravidade, sendo crianças e adolescentes não valorizados ou confirmados narcisicamente pelas figuras parentais com falhas a nível da autoestima, podendo apresentar-se como inibidos, tristes, com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamentos e adictos, pré-delinquentes, com falhas de identidade sexual e com risco de suicídio;

- Desorganizações pré-psicóticas ou psicóticas - crianças desorganizadas, confusas, por vezes aparentemente deficitárias como sequelas de uma incapacidade de evolução e por dificuldade em manter viva uma dinâmica interna face à intensidade dos acontecimentos traumáticos anteriores.

Os fatores de proteção são apresentados como indispensáveis para uma boa intervenção pois criam condições que irão modificar, melhorar e amortecer os problemas das pessoas (Barbas, 2014).

4.1. Saúde Mental no Acolhimento em números

A Saúde Mental no Acolhimento tem sido um tema que tem vindo a ganhar relevância na análise realizada ao longo dos anos pelo Instituto de Segurança Social e que vem retratado nos seus relatórios anuais.

Analisando o Quadro 1.1, onde consta uma compilação de dados recolhidos dos relatórios CASA de 2011 a 2014, verifica-se que ao longo do tempo tem existido um acréscimo, quer em número, quer a nível percentual, relativamente às crianças e jovens com problemas de comportamento, em acompanhamento pedopsiquiátrico e/ou psicológico regular e sujeitos a medicação, sendo que, a faixa etária com maior índice em todos estes indicadores centra-se nos 15-17 anos, seguido dos 12-14 anos. Estas idades abrangem toda a fase típica da adolescência.

A adolescência é um período de transformação, de múltiplas mudanças físicas, psíquicas, afetivas e sociais. Com a puberdade e as alterações hormonais e morfológicas experimentam-se novas capacidades de sentir, pensar e agir. Nesta fase o adolescente terá a

necessidade de se assumir, redefinir-se em relação ao seu corpo sexuado, à sua identidade psíquica e ao seu meio, em especial na relação com os seus pais/cuidadores. (Brito, 2011)

Para os jovens em acolhimento, a adolescência torna-se de facto demasiado exigente, uma vez que além de ser um período de transformação, tem de ser vivenciado com as dificuldades, os traumas, as dúvidas, inseguranças e o sentimento de abandono característico da situação de acolhimento.

Quadro 1.1 - Compilação de dados relativos à Saúde Mental no Acolhimento relativos de 2011 a 2014

		2011		2012		2013		2014	
N.º total acolhimentos		8938		8557		8445		8470	
Características Particulares	Problemas de comportamento	1622	18.15%	1673	19.55%	1928	22.83%	2164	25.55%
	- Ligeiros	1084	12.13%	1228	14.35%	1414	16.74%	1588	18.75%
	- Médios	445	4.98%	390	4.56%	454	5.38%	510	6.02%
	- Graves	80	0.90%	55	0.64%	63	0.75%	68	0.80%
	Deficiência Mental clinicamente diagnosticada	655	7.33%	627	7.33%	622	7.37%	631	7.45%
	Debilidade Mental clinicamente diagnosticada	551	6.16%	556	6.50%	578	6.84%	570	6.73%
	Problemas de Saúde Mental clinicamente diagnosticados	451	5.05%	358	4.18%	307	3.64%	371	4.38%
	- Acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico regular	1158	12.96%	1329	15.53%			1593	18.81%
	- Acompanhamento pedopsiquiátrico/psiquiátrico irregular	236	2.64%	312	3.65%			377	4.45%
	- Faz medicação	1007	11.27%	1183	13.82%	1318	15.61%	1517	17.91%
	- Acompanhamento psicológico regular	1558	17.43%	1748	20.43%			2329	27.50%
	- Acompanhamento psicológico irregular	447	5.00%	506	5.91%			470	5.55%
	- Acompanhamento pedopsiquiátrico e/ou psicológico regular					3559	42.14%		
	- Acompanhamento pedopsiquiátrico e/ou psicológico irregular					867	10.27%		
	Deficiência Física clinicamente diagnosticada	299	3.35%	256	2.99%	276	3.27%	266	3.14%
	Doença Física clinicamente diagnosticada	208	2.33%	255	2.98%	269	3.19%	327	3.86%
	Consumo esporádico de estupefacientes					370	4.38%	401	4.73%
Toxicodependência	150	1.68%	184	2.15%	85	1.01%	124	1.46%	
Suspeita de Prostituição	37	0.41%	31	0.36%	31	0.37%			

Fonte: Elaborado pela autora com dados retirados dos Relatórios CASA 2011,2012,2013,2014

Já em 2014, no CASA 2013, se afirmava que o perfil das crianças e jovens que entram no sistema de acolhimento se tem vindo a alterar, sendo na sua maioria adolescentes rapazes (≥ 12 anos) com problemas de comportamento/oposição e que beneficiam de acompanhamento em saúde mental de forma regular.

O Instituto de Segurança Social concluía que:

"O constante aumento de adolescentes, verificado nos últimos anos, exige cada vez mais, uma intervenção diferenciada por parte das respostas de acolhimento, baseada em modelos de

intervenção terapêuticos e contentores, capazes de fazerem toda a diferença na vida destes jovens, prestando especial atenção às suas fragilidades emocionais e invertendo assim o ciclo de desproteção que muitas vezes lhes é oferecido" (ISS, 2015:13)

De qualquer forma é importante realçar que o antigo modelo de acolhimento na qual existiam com frequência transferências de crianças e jovens entre instituições, decorrentes de passagem de CAT para LIJ, de modalidades de acolhimento de curta para longa duração, sujeitam as mesmas a inúmeras ruturas potenciadoras de complicações relacionais graves nas diversas etapas do seu desenvolvimento, na sua identidade e sentido de pertença, maioritariamente (ISS, 2015).

O facto do elevado número de jovens no acolhimento, e a qualidade de saúde mental com que chegam crianças e jovens ao acolhimento também leva a questionar a eficácia das medidas em meio natural de vida (ISS, 2015), quer pelo insucesso das intervenções quer pela demora na retirada criança ou jovem do seu meio familiar, ficando dessa forma mais tempo exposto a situações de vulnerabilidade/perigo. "Acresce ainda que as consequências neurobiológicas ao nível da capacidade de regulação do afecto são tão mais graves quanto maior é a exposição prolongada a situações de stress crónico" (Matos, et al, 2015:19).

Já em 2005, Strecht afirmava que, a necessidade de apoiar estas crianças e jovens através de uma colocação institucional, sendo mais temporária ou mais duradoura, é inequivocamente preocupante, uma vez que as respostas de acolhimento existentes são insuficientes para o número de casos em que é preciso intervir, assim como o tipo de intervenção não está adaptado para as necessidades psicossociais das crianças e jovens.

Em 2010 Gomes, alertava para a necessidade de uma reestruturação do acolhimento em instituição com vista a responder aos desafios colocados quanto às necessidades de desenvolvimento das crianças e jovens, considerando as especificidades de cada um, de forma a proporcionar-lhes um desenvolvimento integral e integrado nas estruturas da comunidade, tal como qualquer outra criança ou jovem.

4.2. Acolhimento Terapêutico e Acolhimento Especializado

A qualidade do acolhimento é claramente afetada quando não existe adaptação da intervenção às necessidades das crianças e jovens, assim como de um reduzido investimento na promoção das suas competências pessoais e sociais (Rodrigues, et al, 2013). Essa qualidade está diretamente relacionada com a necessidade de proporcionar espaços cómodos e tranquilos, com rotinas diárias semelhantes às rotinas familiares e adultos de referência

estáveis com os quais as crianças e jovens desenvolvam relações emocionais significativas (Bravo e Del Valle, 2009). Qualquer intervenção com crianças e jovens, e se for do seu superior interesse, deverá ter como aliada a sua família.

Devido à alteração do perfil das crianças acolhidas ao longo dos tempos, os profissionais das Casas de Acolhimento têm sentido dificuldade em intervir assertivamente nas situações de crianças e jovens com dificuldade de integração e adesão aos projetos, demonstrando assim uma evidente necessidade, não só de uma estrutura segundo modelo de cariz familiar, mas também de uma resposta mais especializada e adequada às perturbações emocionais e do comportamento (Matos, et al, 2015).

Para Matos et al (2015), o Acolhimento Terapêutico consiste no acolhimento residencial de crianças e jovens que pretende oferecer experiências reparadoras que vão ao encontro das suas necessidades e por forma a promover a mudança interna a nível emocional, comportamental ou social. Pretende ter como elemento central um conjunto de pessoas (jovens e adultos) que partilham o mesmo espaço, no qual estabelecem relações entre si e onde os comportamentos de cada elemento são alvo de significação.

MacLean e colaboradores (2011 citado por Lopes, 2013) definem o Acolhimento Terapêutico como sendo um acolhimento intensivo e limitado no tempo, prestado a crianças e jovens do sistema de proteção, com o objetivo de minimizar os impactos complexos dos maus tratos e separação da família, através da criação de relações terapêuticas seguras e experiências positivas, assentes na compreensão do trauma, da vinculação danificada e das necessidades de desenvolvimento. Assenta em relações afetivas estabelecidas com adultos que se oferecem como modelos e suporte eficaz ao desenvolvimento harmonioso e saudável das crianças e jovens acolhidos, sujeitando-se muitas vezes a ser o foco das suas projeções patológicas, da qual resulta a própria resposta terapêutica de que muitos necessitam e que permite atenuar as experiências do passado e trazer perspectivas futuras positivas (Matos et al., 2015; Strecht, 2005).

Na implementação deste tipo de acolhimento procura-se proporcionar uma experiência terapêutica constante a estes jovens que estiveram, de forma regular, inseridos em meios sociais desadequados, fomentando a existência de uma cultura terapêutica centrada nas necessidades e características emocionais das crianças e jovens, valorizando alguns princípios como o processo de vinculação dos jovens, a sua contenção emocional, a sua comunicação, o seu envolvimento ou a sua capacidade para ser “agente de si próprio” (Lopes, 2013; Strecht, 2005).

Ainda no Acolhimento Terapêutico é privilegiada a construção de uma rotina diária bem planeada e previsível, por forma a criar uma sensação de confiança, consistência e previsibilidade, que aumentará o sentimento de segurança e a perceção de suporte destas crianças e jovens. A cada criança ou jovem deverá estar associado e identificado um educador de referência, permitindo, esta relação e focalização, desenvolver um papel reparador e promotor de mudança e promover um sentimento de continuidade na relação com o adulto de referência (Matos et al., 2015; Lopes, 2013).

Os antigos Lares de Infância e Juventude Especializados surgem da necessidade de se criar centros especializados em determinadas áreas e devido ao aumento das problemáticas e incapacidade do sistema responder a todas as necessidades dos jovens acolhidos. Estes foram regulamentados pela Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, artigo 51.º, no qual constava que os lares de infância e juventude podiam ser especializados ou ter valências especializadas e deviam ser organizados segundo modelos educativos adequados às crianças e jovens neles acolhidos (Barbas, 2014).

Estes Lares Especializados agora denominados Casas de Acolhimento Especializadas destinam-se a jovens, dos 12 aos 18 anos de ambos os sexos, com dificuldades emocionais que conduzem a que se coloquem a eles próprios em situação de perigo de forma persistente, sem que aos cuidadores seja possível garantir condições de segurança. Estas Casas proporcionam uma intervenção pensada, estruturada e dirigida às suas necessidades. (Barbas, 2014; ISS, 2015)

Atualmente, em Portugal apenas existem seis Casas de Acolhimento Especializadas para ambos os sexos. Estes jovens apresentam frequentemente um padrão de alteração do comportamento associado às dificuldades emocionais, que se poderá refletir em comportamentos com tendências antissociais, problemas de adição ou de saúde mental. (ISS, 2015)

Nestas Casas, é fundamental que os jovens sejam acompanhados por uma equipa multidisciplinar, que proporcione um acompanhamento terapêutico e que permita e exija que o jovem tenha um papel ativo no seu próprio tratamento. Esta equipa deve ser especializada e ter conhecimentos técnicos na área da saúde mental, aliado a um perfil adequado e motivação, por forma a promover uma real e eficaz alteração no sofrimento psíquico destes jovens. Deve garantir aos jovens segurança e proteção, desenvolvimento e crescimento pessoal, socialização e tratamento psicológico intensivo. (Gomes, 2010)

Já em 2010, Isabel Gomes afirmava que se torna cada vez mais premente a existência de respostas eficientes para trabalhar jovens que apresentam este tipo de problemática, comportamentos conflituosos e de inadaptação social, colocando em risco a sua vida e a de terceiros.

Barbas (2014) refere que, no desenvolvimento de investigações ao longo dos anos, se enumeram aspetos positivos e negativos no que diz respeito ao acolhimento residencial, visto que os efeitos e resultados não são iguais em todas as crianças e jovens. Existe a necessidade de repensar as instituições uma vez que estas são agentes de promoção e proteção para algumas crianças e jovens mas para outras podem ser espaços de risco. É clara a incapacidade da generalidade das Casas de Acolhimento em acolher alguns tipos de problemáticas específicas direcionadas para a saúde mental, comportamentos de pré-delinquência, agressividade e consumo de estupefacientes, que tendem a destabilizar as restantes crianças/jovens e a prejudicar o desenvolvimento integral de ambos, uma vez que não dispõem de condições económicas e humanas para implementar o acolhimento terapêutico.

As crianças e jovens acolhidas apresentam-se cada vez mais destabilizadas e com atitudes que colocam em perigo não só a si mesmas mas a todas as pessoas que as rodeiam. É crucial retirá-las do seu meio envolvente, desenvolver e promover a aquisição de competências cognitivas, sociais e culturais. É fundamental, criar espaços nas Casas onde as crianças e jovens com necessidades específicas tenham um tipo de intervenção diferente dos restantes e reforçar os recursos humanos com formação específica para saber lidar com tais problemáticas. (Barbas, 2014)

Há que pensar que as crianças e jovens são retiradas do meio familiar por forma a garantir-lhes proteção e todas as condições para um desenvolvimento integral saudável, no entanto numa Casa de Acolhimento em que esta problemática existe coloca em risco este direito, tornando-os vulneráveis aos maus tratos e à vivência em ambiente hostil para o seu desenvolvimento.

Torna-se imprescindível que o Acolhimento Residencial seja reestruturado de forma a ter capacidade de responder às necessidades e características específicas de cada criança ou jovem, proporcionando-lhes um desenvolvimento integral e integrado, pois só desta forma o acolhimento tem maiores probabilidades de ser eficaz. (Velooso, 2014)

II - METODOLOGIA DE PESQUISA

1. Tema e Objetivos do estudo

O tema em estudo surge na sequência da experiência profissional da autora numa Casa de Acolhimento de Crianças e Jovens em que a realidade da saúde mental era uma constante diária da sua intervenção e que potenciou a interjeição de questões acerca dos objetivos primordiais do acolhimento como a proteção, segurança e cuidados.

Para Quivy e Campenhoudt (2005:44) “A melhor forma de começar um trabalho de investigação em ciências sociais consiste em esforçar-se por enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida.” Esta servirá de primeiro fio condutor da investigação e deverá apresentar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.

Com o tema identificado, o problema de investigação nasce naturalmente como: A resposta das instituições de acolhimento às crianças e jovens com problemas de saúde mental; definindo-se, então, a pergunta de partida à investigação: Que dificuldades e constrangimentos é que as instituições de acolhimento identificam na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental?

O objetivo geral do estudo/investigação consiste em:

- Compreender a intervenção da Casa de Acolhimento com crianças e jovens com problemas de saúde mental em acolhimento residencial.

Sendo os objetivos específicos elencados como:

- Conhecer o grau de incidência de crianças e jovens com problemas de saúde mental nas casas de acolhimento;

- Identificar os constrangimentos e necessidades no acolhimento de crianças e jovens com problemas de saúde mental;

- Conhecer o impacto da saúde mental das crianças e jovens na promoção da proteção e segurança durante o acolhimento residencial;

- Identificar as possíveis melhorias do sistema na opinião das Casas de Acolhimento.

2. Metodologia de Investigação

2.1. Campo Empírico

Considerando os objetivos a que a autora se propôs, era importante e interessante ter uma "visão" nacional da realidade do acolhimento de crianças e jovens. Como tal, recorreu-se ao site "www.cartasocial.pt", identificando todas as instituições aí registadas no acolhimento de crianças e jovens, ainda como Lar de Infância e Juventude ou Centro de Acolhimento Temporário, apurando-se no total 363 casas de acolhimento. A autora detetou a falta de duas outras casas que não constavam nesta base de dados, tendo adicionado as mesmas às anteriores e somando 365 casas. Constatou também que apenas estavam enumeradas casas de acolhimento de Portugal Continental, tendo de imediato pesquisado e identificado 18 casas dos Açores e 10 da Madeira, perfazendo um total de 393 casas de acolhimento identificadas em Portugal Continental e Arquipélagos, constituindo a população a estudar.

Seria importante a existência de bases de dados nacionais que incluíssem todos os tipos de instituições, por forma a que as investigações de âmbito nacional ou mesmo regional possam incluir todas as existentes, evitando que os dados apurados sejam enviesados por não corresponder à realidade da totalidade das instituições.

2.2. População ou Universo de Investigação

A população ou universo de investigação “é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (Vilelas, 2009:245)

Das 393 Casas de Acolhimento a que foi pedida colaboração no estudo/investigação, 58 responderam positivamente e participaram na investigação, perfazendo 15% da população. Tal como mostra o Quadro 2.1, as respostas chegaram de todo o país, de uma forma aleatória, havendo no entanto, alguns distritos sem representatividade, por ausência de resposta.

Quadro 2.1 - Participação das Casas de Acolhimento

Distritos e Arquipélagos	População	Participação	Colaboração por Distrito	Colaboração na população
Aveiro	19	2	11%	3%
Beja	5	0	0%	0%
Braga	31	4	13%	7%
Bragança	9	2	22%	3%
Castelo Branco	8	3	38%	5%
Coimbra	25	1	4%	2%
Évora	10	3	30%	5%
Faro	16	3	19%	5%
Guarda	9	1	11%	2%
Leiria	10	3	30%	5%
Lisboa	90	13	14%	22%
Portalegre	5	1	20%	2%
Porto	62	10	16%	17%
Santarém	19	4	21%	7%
Setúbal	24	5	21%	9%
Viana do Castelo	7	1	14%	2%
Vila Real	7	0	0%	0%
Viseu	9	0	0%	0%
Açores	18	2	11%	3%
Madeira	10	0	0%	0%
Total	393	58	15%	100%

2.3. Técnicas, Instrumentos de Recolha e Método de Investigação

Devido ao elevado número de entidades que compõem a população a investigar, optou-se pela técnica de questionário, para a recolha de dados e informações. O questionário foi construído "on line" através da plataforma Google Forms e distribuído por e-mail, pelas 393 casas de acolhimento (Anexos A e B). Foi efetuado um pré-teste com a colaboração do Assistente Social, de uma Casa de Acolhimento, o qual possui experiência de direção técnica.

A construção do questionário baseou-se em 5 grandes secções: Caracterização das Instituições de Acolhimento; Incidência de problemas de saúde mental no acolhimento; Perfil das crianças e jovens em acolhimento com problemas de saúde mental; Necessidades identificadas na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental; Constrangimentos na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental.

Tendo por base na recolha de dados, o uso de questionário, este conduz-nos a uma abordagem quantitativa dos dados recolhidos. Para Fortin (2003:22), "O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador." Freixo (2009:145), acrescenta que este método "tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos."

A abordagem quantitativa impõe que o tratamento e análise de dados tenha uma lógica dedutiva. Ou seja, a interpretação dos dados faz-se do geral para o particular, "raciocinar dedutivamente é partir de premissas gerais em busca de uma verdade particular", sendo as conclusões incontestáveis, defende Freixo (2009:98).

O método dedutivo, tem por base os pensadores racionalistas Descartes, Spinoza e Leibniz, (Santos, 2008 citado por Rodrigues e Ferronato, 2010) e o pressuposto que apenas a razão pode conduzir ao conhecimento verdadeiro. Parte de princípios tidos como verdadeiros e inquestionáveis (premissa maior), para o estabelecimento de relações com uma proposição particular (premissa menor) e, a partir de um raciocínio lógico, chegar à verdade daquilo que propõe (conclusão). Ou, utilizando as palavras de Galliano (1979: 39 citado por Rodrigues e Ferronato, 2010) "a dedução consiste em tirar uma verdade particular de uma verdade geral na qual ela está implícita".

2.4. Tratamento de Dados

Os dados recolhidos através dos questionários, foram organizados em base de dados de forma automática através do programa Google Forms para uma folha de cálculo do Google Drive, e posteriormente copiados, tratados e analisados, para e através do programa Excel 2007.

A análise de conteúdo das perguntas abertas foi também realizada através da utilização do programa Excel 2007, que apoiou a organização da categorização das respostas e sua análise.

3. Cronologia do estudo

A elaboração escrita da dissertação teve uma duração de 9 meses, de janeiro a setembro de 2016, no entanto a sua preparação, com organização e pesquisa de elementos teóricos,

participação em seminários e conferências sobre o tema teve início em Setembro de 2015. O Quadro 2.2 apresenta o cronograma da elaboração escrita da Dissertação.

Quadro 2.2 - Cronograma de execução da presente Dissertação

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Enquadramento Teórico									
Elaboração dos questionários e recolha e organização da listagem das Casas de Acolhimento									
Envio dos questionários					Dia 20				
Período de resposta aos questionários					De dia 20	A dia 20			
Prolongamento do prazo de resposta aos questionários						De dia 20 a dia 30			
Metodologia da pesquisa									
Análise dos resultados									
Entrega da dissertação									

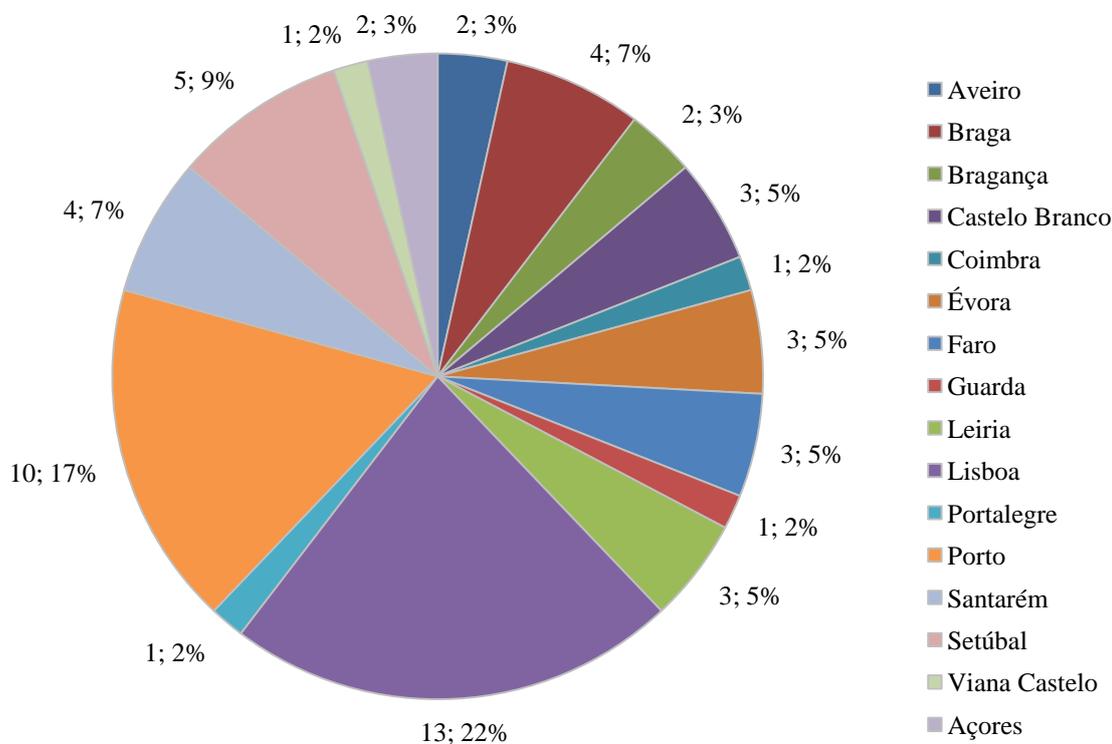
III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Como já referido, os resultados proveem das respostas de 58 Casas de Acolhimento a um questionário enviado a todas as Casas, via e-mail. Esse questionário, foi estruturado em 5 secções, e dessa mesma forma serão apresentados os resultados.

1. Caracterização das Instituições de Acolhimento

O universo de Casas de Acolhimento do estudo é constituído por 58 Casas, de Portugal Continental e do Arquipélago dos Açores. A Figura 3.1 demonstra de forma mais clara a predominância das respostas dos maiores centros urbanos, Lisboa com 13 respostas (22%) e Porto com 10 (17%), sendo também nos mesmos centros onde foi identificado maior concentração de casas de acolhimento, 90 e 62 respetivamente (ver Quadro 2.1). Não se obteve respostas dos distritos de Beja, Vila Real, Viseu e Arquipélago da Madeira.

Figura 3.1 - Distribuição da participação por distritos e arquipélagos (número de Casas de Acolhimento; percentagem na população de investigação)



As Casas de Acolhimento participantes no estudo, apresentam uma capacidade de acolhimento, no seu conjunto, de 1296 de crianças e jovens (não se obteve resposta a esta questão de três das casas), sendo que acolhem no momento do questionário 1134 crianças e jovens (uma casa não respondeu). Constatou-se ainda que das 55 Casas (retiradas as três casas em que não foram obtidas respostas), 24 apresentam lotação completa da sua capacidade, 30 ocupação inferior à sua capacidade (entre 1 e 35 vagas) e 1 Casa com 17 crianças/jovens em excesso. O Número de Crianças e Jovens acolhidos por Casa de Acolhimento, tem uma grande variedade, entre 7 e 63 residentes.

As idades das Crianças e Jovens em acolhimento variam entre o mês e meio e os 24 anos, no entanto, existe uma resposta na qual a Casa de Acolhimento refere acolher um adulto de 34 anos. Este dado poderá ter sido um lapso ou poderá corresponder a um adulto com limitações ao nível de autonomia/saúde mental, não existindo qualquer outra indicação ao longo do questionário que o justifique. São notórias as grandes amplitudes nas idades das crianças e jovens dentro de cada Casa de Acolhimento.

Relativamente ao quadro de recursos humanos das Casas de Acolhimento participantes, observou-se que existe uma grande disparidade em termos de formação das equipas, quer técnica quer educativa. Embora o questionário incluísse questões em relação à equipa de apoio, não é possível analisar essa questão por esta abranger uma equipa de serviços gerais, que engloba uma grande variedade de funções, desde cozinheiro a motorista de acordo com as necessidades e características das Casas de Acolhimento. Esta disparidade pode dever-se também ao facto de algumas das casas de acolhimento estarem agrupadas a outras respostas sociais e como tal, muitas dessas equipas serem partilhadas, não sendo por isso correto incluir no mesmo grupo das outras casas de acolhimento.

Ao nível da Equipa Técnica, contabilizou-se 226 técnicos. Os elementos por casa variam entre 1 e 9. Os Assistentes Sociais e Psicólogos são os mais incidentes, com 66,5 técnicos no universo da investigação em cada uma das categorias (uma das respostas indica ter apenas 0,5 destes profissionais, o que pressupõe estarem a meio-tempo), apenas não existindo Assistentes Sociais em 3 casas e Psicólogos em outras 3. No que respeita aos Educadores Sociais e apesar de se contabilizarem 49 técnicos, a autora sabe que em algumas casas, embora desempenhem esta função, a sua formação é diversa.

Os restantes técnicos variam na sua formação: Professor, com 7 técnicos, Animador Sociocultural, Educador de Infância e Sociólogo, com 4; Terapeuta Ocupacional, com 2; 1 Terapeuta da Fala; 1 Técnica de Investigação Social; 1 Psicopedagoga Clínica; 1

Enfermeiro; 1 Técnica de Educação Especial e Reabilitação; 1 Técnico com formação em Ciências Sociais; 1 Técnico de Apoio Psicossocial. Ainda na constituição das Equipas Técnicas contabilizaram-se 7 Diretores Técnicos, 1 Supervisor externo, 2 Coordenadores e 6 outros técnicos (sem denominação nas respostas).

Em relação às Equipas Educativas, contabilizaram-se 431 elementos. A quantificação por habilitações literárias, não é possível fazer-se, dada a diversidade de respostas dadas e impossibilidade de agrupá-las. No entanto, constata-se que estes elementos têm grande diversidade de graus de ensino - desde o 4.º ano até ao mestrado.

Uma vez que as Casas têm grande disparidade nas variáveis recolhidas, determinou-se o rácio individual existente entre o número de elementos de cada equipa e, mais especificamente, o rácio de Assistentes Sociais por cada criança ou jovem acolhido. Obteve-se ainda assim amplitudes consideráveis: por cada elemento da Equipa Técnica existem no máximo 15 crianças e mínimo 1 criança (0,88); por cada elemento da Equipa Educativa existem no máximo 8 crianças (7,88) e no mínimo, 1. No caso dos Assistentes Sociais, por cada um existem no máximo, 44 crianças e no mínimo 5, não contabilizando as casas que não têm nos seus recursos humanos estes profissionais.

Para finalizar a primeira secção questionou-se se os problemas de saúde mental em crianças/jovens são, atualmente, uma realidade na Casa de Acolhimento, à qual se revelaram 52 respostas positivas e 6 respostas negativas. Da população constata-se que 90% das Casas acolhem crianças e jovens com problemas de saúde mental.

Se forem analisados os rácios existentes nas Casas com respostas negativas verifica-se que os máximos são: por cada elemento da Equipa Técnica: 6 crianças (6,33); da Equipa Educativa 3 crianças; por Assistente Social: 17 crianças (uma das casas não tem Assistente Social). Estes dados, poderão confirmar a ideia de Gomes (2010), na qual a qualidade da intervenção dos recursos humanos permite a reparação de vivências traumatizantes para estas crianças e jovens, sendo por isso importante a necessidade de promoção de vinculações seguras entre estes e os adultos por forma a construírem novamente a confiança no outro. A necessidade de existir um menor número de crianças/jovens por adultos irá permitir criar esta ligação/relação tão importante para o seu desenvolvimento integral.

As restantes secções do questionário recaem sobre as 52 Casas com resposta positiva quanto à existência de crianças ou jovens com problemas de saúde mental.

2. Incidência de problemas de saúde mental no acolhimento

Esta secção, construiu-se com o intuito de perceber e caracterizar a população de crianças e jovens acolhidos, com problemas de saúde mental.

Das 52 casas que responderam à questão sobre o número de Crianças/Jovens com problemas de saúde mental, contabilizam-se 381 Crianças/Jovens. Tendo em conta o número de acolhimentos, 1.134, verifica-se que 34% da população acolhida em Casas de Acolhimento Residencial apresenta problemas de saúde mental, sendo que apenas 277 apresentam algum diagnóstico clínico.

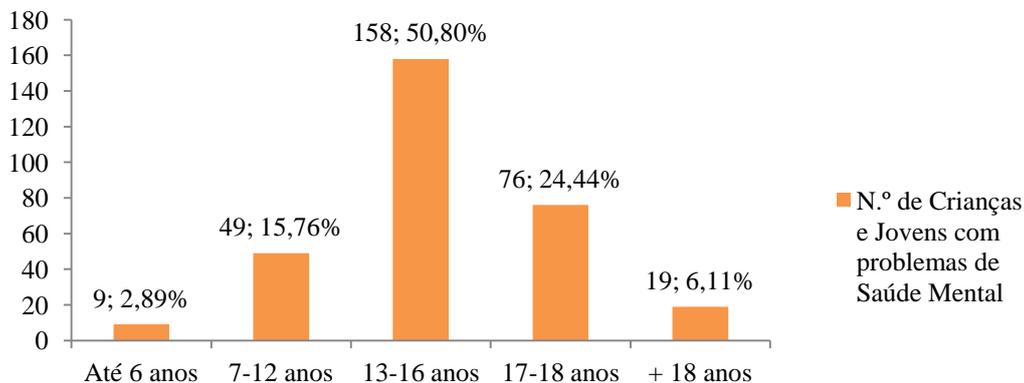
Foi pedido também para que especificassem os diagnósticos clínicos, se existissem, uma vez que, estando as crianças e jovens em desenvolvimento nem sempre é definido um diagnóstico. Os diagnósticos que maior incidência obtiveram, foram Perturbação do Comportamento, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação do Comportamento de Oposição e Desafio, Quadro Depressivo, Perturbação de Ansiedade, Perturbação Emocional-Afetivo e de Vinculação, Perturbação Global do Desenvolvimento, Debilidade Mental, Espectro do Autismo, Condutas Antissociais e Narcísicas. Também enumeradas estão as Perturbações Bipolares, Borderline, Perturbações de Personalidade, Microcefalias, entre outras.

Na caracterização por idades ou sexo, 7 das casas de acolhimento não responderam às questões de forma válida - caracterizaram todas as crianças e jovens acolhidas, outras apenas aquelas que possuem diagnóstico clínico e ainda outras não responderam, pelo que os dados relativos a estas casas não irão ser considerados na análise.

Assim sendo, as 45 casas caracterizadas relativamente à idade e sexo, contabilizam 311 crianças e jovens com problemas de saúde mental, sendo visível pela Figura 3.2, que a grande maioria pertence à faixa etária dos 13-16 anos, com 50,80% desta população, seguido dos 17-18 anos com 24,44%, dos 7-12 anos, 15,76%, dos mais de 18 anos com 6,11% e por último os menores de 6 anos com 2,89%.

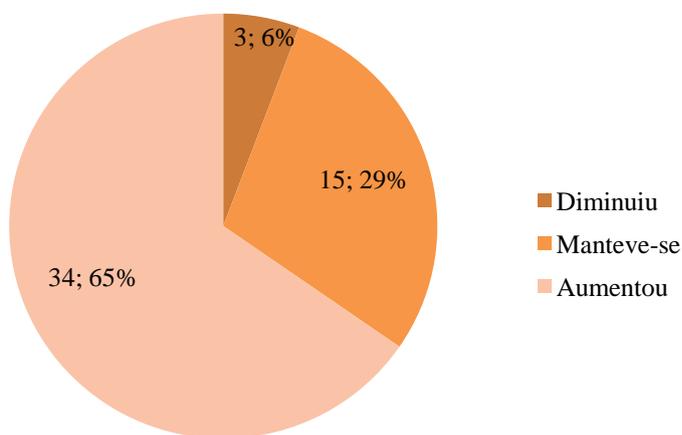
Já ao nível da caracterização por sexo, existe um equilíbrio com 50,16% (156) para crianças e jovens do sexo masculino e 49,84% (155) para o sexo feminino.

Figura 3.2 - Número de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental por faixa etária



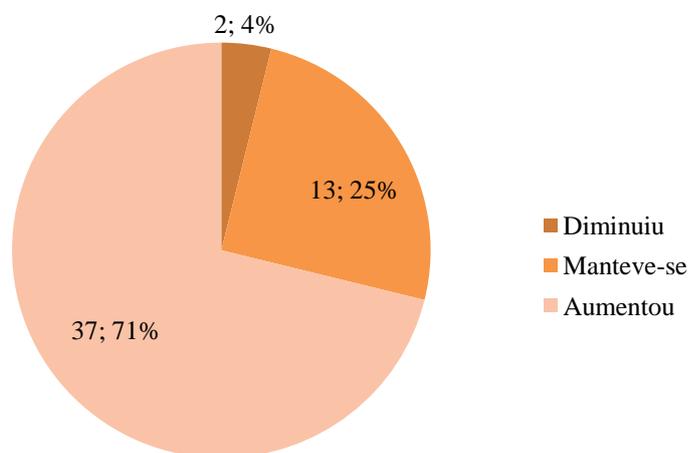
Pretendeu-se também perceber a evolução desta problemática ao longo dos últimos cinco anos, na perspetiva das Casas de Acolhimento.

Figura 3.3 - Evolução do Número de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental, no Acolhimento Residencial, nos últimos 5 anos



Como se verifica nas Figuras 3.3 e 3.4, e através de respostas de todas as Casas de Acolhimento (52), pode-se analisar que, na perspetiva das mesmas, além do número de casos de problemas de saúde mental ter vindo a crescer ao longo dos 5 últimos anos, também a sua complexidade tem vindo a ser aumentada.

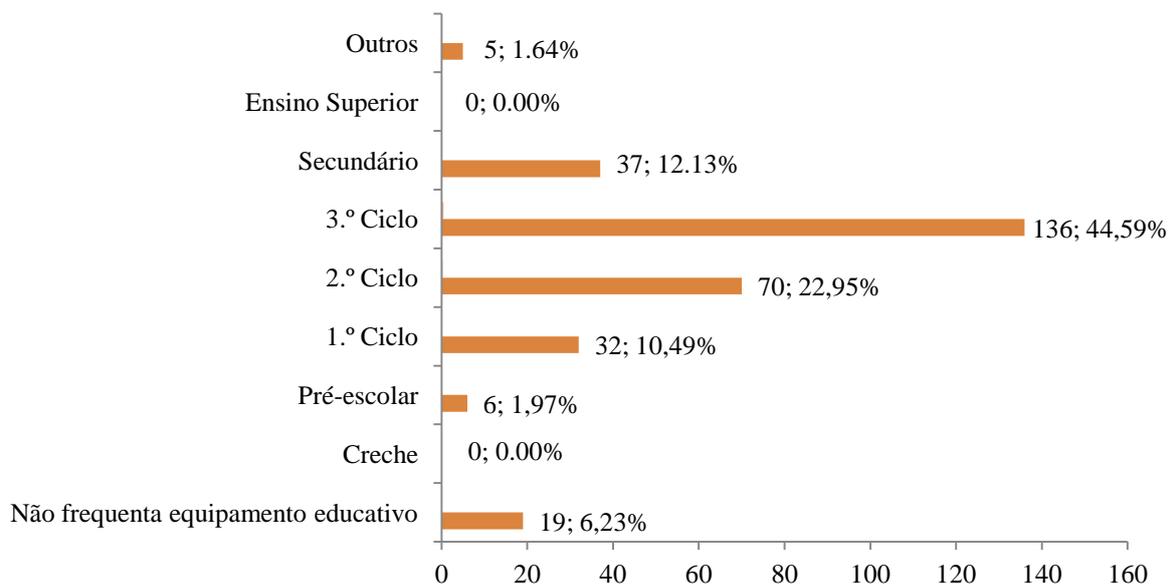
Figura 3.4 - Evolução da complexidade dos Problemas de Saúde Mental, nas Crianças e Jovens em Acolhimento Residencial, nos últimos 5 anos



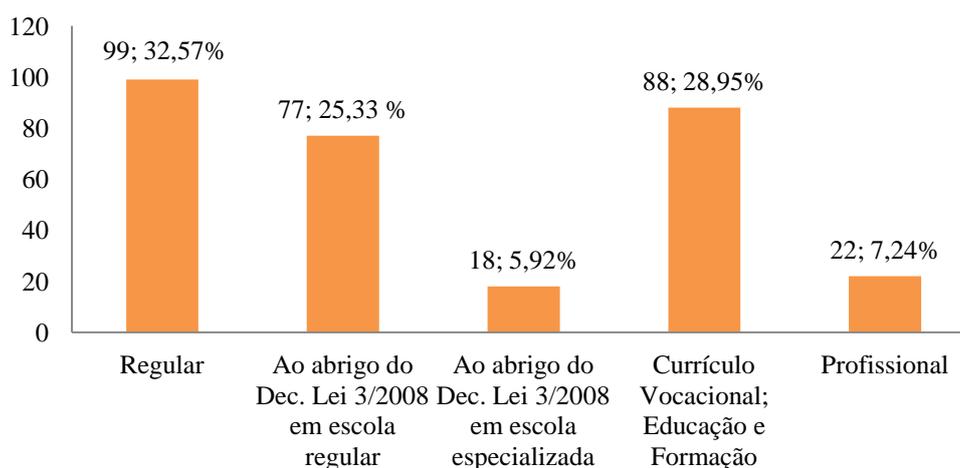
3. Perfil das crianças e jovens em acolhimento com problemas de saúde mental

Na secção 3 verificaram-se respostas inválidas, isto é, da análise efetuada foi possível constatar que alguns dos dados fornecidos se referiam à totalidade das crianças e jovens acolhidos e não apenas àquelas com problemas de saúde mental. Assim estas respostas não serão consideradas.

Quis-se caracterizar estas crianças e jovens relativamente à sua escolaridade e tipo de ensino frequentado. De 43 casas de acolhimento, contabilizam-se 305 crianças e jovens com problemas de saúde mental, das quais, de acordo com a Figura 3.5, 44,59% frequenta o 3.º Ciclo do Ensino Básico, 22,95% o 2.º Ciclo; 12,13% o Ensino Secundário, 10,49% o 1.º Ciclo. É importante referir que 6 crianças frequentam o ensino pré-escolar e que 19 não frequentam qualquer equipamento educativo.

Figura 3.5 - Número de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental por Nível de Escolaridade

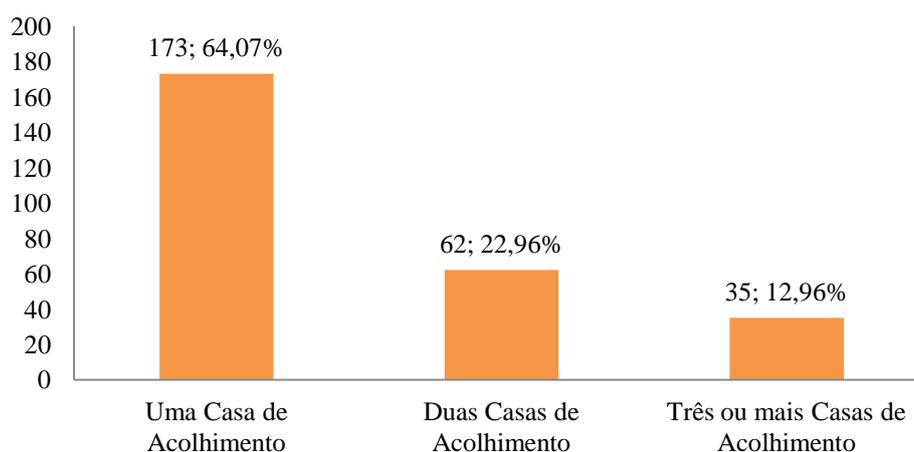
De 45 casas de acolhimento, contabilizam-se 304 crianças e jovens com problemas de saúde mental que frequentam estabelecimentos de ensino (Figura 3.6). O tipo de ensino mais frequentado é o Ensino Regular, com 32,57%, seguido de Currículo Vocacional; Educação e Formação, 28,95%, cujos cursos são uma alternativa ao Ensino Regular, e permitem completar os ciclos de ensino e entrar em contacto com atividades vocacionais.

Figura 3.6 - Número de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental por Tipo de Ensino

Relativamente à entrada destas crianças e jovens no Sistema de Acolhimento Residencial, segundo a resposta de 47 Casas, a média da idade ao primeiro acolhimento é de cerca de 12 anos (11,79 anos), tendo as crianças mais novas 2 anos e as mais velhas 16.

De 270 Crianças e Jovens com problemas de saúde mental (40 casas), ao longo das suas vidas 97 experienciaram mais do que um acolhimento e 35 três ou mais acolhimentos (Figura 3.7).

Figura 3.7 - Número de Crianças e Jovens com problemas de saúde mental e Número de Acolhimentos vivenciados



A questão acerca do motivo ou motivos que terão levado ao acolhimento destas crianças e jovens, teve participação de 49 Casas de Acolhimento, as quais responderam que 42,49% dos acolhimentos resultaram de negligência por parte dos cuidadores, 19,23% de maus-tratos psicológicos, 13,92% de motivos vários (classificado como outros), 10,62% maus-tratos físicos, 7,51% por situações de abandono, 5,31% abuso sexual e 0,92% por orfandade. Classificado como outros, mencionam com maior frequência a ausência de competências parentais e os problemas de comportamento das crianças/jovens.

Quanto ao projeto de vida apenas se conseguiu contabilizar respostas referentes a 310 Crianças/Jovens, uma vez que para cada criança ou jovem corresponde um único projeto de vida, apenas se contabilizaram as respostas das casas que responderam com o número de projetos de vida igual ao número de crianças e jovens com problemas de saúde mental acolhidas, ou seja 39 respostas. Para 36,77% destas crianças e jovens está projetada a sua reintegração na família de origem, enquanto para 30,35% está a ser preparada a sua autonomização. Para 17,10% está previsto um acolhimento permanente em instituições adequadas à sua problemática. 6,13% aguarda adoção, 5,81% a reintegração na família

alargada, 2,90% ainda não tem projeto de vida definido e para 0,65% planeia-se a sua confiança à guarda de 3.^a pessoa.

Das 381 crianças e jovens caracterizadas, 63 (16,54%) não têm acompanhamento psicológico e 87 (22,83%) não são acompanhadas pela especialidade de saúde mental infantil e juvenil / pedopsiquiatria.

Na tentativa de perceber os comportamentos adotados por estas crianças e jovens, pediu-se que classificassem entre 1 (nada frequente) e 5 (muito frequente) alguns comportamentos, tendo sido obtidos os resultados de acordo com o Quadro 3.1.

Verifica-se que o comportamento mais frequente é a agressividade verbal com pares (média de 3,98), seguido de agressividade verbal com adultos (3,65), agressividade física com pares (3,54) e comportamento destrutivo (3,15). Será importante também realçar os 5,77% das Casas em que ocorre com muita frequência a agressividade com adultos, os 5,88% dos consumos, 3,92% das fugas e 1,96% dos comportamentos autolesivos.

Relativamente à frequência com que estas crianças e jovens se colocam em risco ou mesmo colocam outros, verifica-se que apenas 8,16% e 9,62% das casas consideram "Nada frequente" este tipo de acontecimento.

Quadro 3.1 - Frequência de ocorrências de comportamento nas Casas de Acolhimento

(1 - nada frequente; 5 - muito frequente)

Comportamentos adotados	1	2	3	4	5	Média
Agressividade física com adultos	19,23% (10)	28,85% (15)	17,31% (9)	28,85% (15)	5,77% (3)	2,73
Agressividade física com pares	3,85% (2)	13,46% (7)	26,92% (14)	36,54% (19)	19,23% (10)	3,54
Agressividade verbal com adultos	5,77% (3)	11,54% (6)	19,23% (10)	38,46% (20)	25,00% (13)	3,65
Agressividade verbal com pares	1,92% (1)	7,69% (4)	17,31% (9)	36,54% (19)	36,54% (19)	3,98
Comportamentos autolesivos	33,33% (17)	21,57% (11)	19,61% (10)	23,53% (12)	1,96% (1)	2,39
Consumos	45,10% (23)	21,57% (11)	15,69% (8)	11,76% (6)	5,88% (3)	2,11
Destrutivo (objetos, janelas...)	15,38% (8)	15,38% (8)	26,92% (14)	23,08% (12)	19,23% (10)	3,15
Fugas	45,10% (23)	11,76% (6)	23,53% (12)	15,69% (8)	3,92% (2)	2,22
Isolamento	23,53% (12)	43,14% (22)	19,61% (10)	13,73% (7)	0% (0)	2,24
Outros	53,13% (17)	6,25% (2)	18,75% (6)	15,63% (5)	6,25% (2)	2,16
Colocam-se em risco	8,16% (4)	16,33% (8)	26,53% (13)	32,65% (16)	16,33% (8)	3,33
Colocam outros em risco	9,62% (5)	15,38% (8)	25,00% (13)	28,85% (15)	21,15% (11)	3,37

4. Necessidades identificadas na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental

De acordo com o Quadro 3.2, para a maioria das Casas de Acolhimento participantes no estudo, as equipas técnicas são constituídas por número adequado de técnicos (55,77%), assim como possuem a formação adequada (80,77%) para a intervenção com estas crianças e jovens. No entanto, 22 Casas assumem que os técnicos são em número insuficiente e para 10 das Casas a formação não é adequada. Já em relação à equipa educativa, a situação inverte-se, a maioria das respostas indicam que o número de profissionais é insuficiente (55,77%) e a sua formação académica é diminuta para a intervenção com esta população.

Tendo em conta o rácio máximo apurado anteriormente de 8 crianças/jovens por elemento da Equipa Educativa, e a afirmação de insuficiência de profissionais por 55,77% das casas, pode-se deduzir que o referido rácio é elevado para uma intervenção adequada junto das crianças e jovens em questão.

Relativamente à equipa de apoio, consideraram que o número é adequado (71,43%) no entanto a sua formação é insuficiente (69,23%).

Quadro 3.2 - Caracterização dos recursos humanos para a intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental

Classificação	Número de Recursos Humanos			Formação Académica dos Recursos Humanos		
	Equipa Técnica	Equipa Educativa	Equipa de Apoio	Equipa Técnica	Equipa Educativa	Equipa de Apoio
Insuficiente	42,31% (22)	55,77% (29)	28,57% (14)	19,23% (10)	70,0% (35)	69,23% (36)
Adequada	55,77% (29)	42,31% (22)	71,43% (35)	80,77% (42)	30,0% (15)	30,77% (16)
Excessiva	1,92% (1)	1,92% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Das 52 Casas de Acolhimento participantes, 36 afirmam conhecer a existência de formações específicas para a intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental, no entanto 28 consideram-nas insuficientes, e apenas 8 acham-nas adequadas.

Quanto às relações que se constroem e mantêm entre os adultos das Casas de Acolhimento e as suas crianças e jovens, nomeadamente, a população específica do estudo, consegue perceber-se pelo Quadro 3.3, que a maioria das instituições consegue estabelecer relações parcialmente individualizadas entre os membros das várias equipas e estas crianças e jovens. Existem ainda 6 Equipas Educativas que não conseguem estabelecer relações individualizadas.

Quadro 3.3 - Classificação da relação dos recursos humanos com as crianças e jovens com problemas de saúde mental

Classificação	Equipa Técnica	Equipa Educativa	Equipa de Apoio
Nada Individualizada	1,92% (1)	11,54% (6)	26,00% (13)
Parcialmente Individualizada	50,00% (26)	61,54% (32)	62,00% (31)
Totalmente Individualizada	48,08% (25)	26,92% (14)	12,00% (6)

5. Constrangimentos na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental

Crianças e jovens com esta problemática necessitam por vezes de cuidados ou intervenções especializadas que a própria casa de acolhimento não tem ou não pode prestar e por isso tem necessidade de recorrer a serviços externos que encarecem o orçamento mensal institucional. Quis saber-se se as Casas participantes sentiram alterações orçamentais com o aumento da problemática da saúde mental.

Quadro 3.4 - Alterações nas despesas da Casa de Acolhimento

Despesas	Diminuiu	Manteve-se	Aumentou
Medicação	0% (0)	32,69% (17)	67,31% (35)
Consulta de Especialidade	1,92% (1)	44,23% (23)	53,85% (28)
Terapias	8,16% (4)	46,94% (23)	44,90% (22)
Atividades Especializadas	2,08% (1)	70,83% (34)	27,08% (13)
Recuperação de objetos, portas, janelas, camas, etc. danificadas	17,31% (9)	36,54% (19)	46,15% (24)

Analisando o Quadro 3.4, verifica-se que dos 5 tipos de despesas apenas as Terapias e Atividades Especializadas não atingem a maioria de Casas de Acolhimento no Aumento de Despesas. É notório o aumento de despesas ao nível da Medicação e também, mas em menor escala, nas variáveis Consultas de Especialidade e Recuperação de Objetos e Mobiliário danificado.

Pelo Quadro 3.5, constata-se que a experiência das Casas de Acolhimento participantes no estudo indica que a maior dificuldade de integração das crianças e jovens com esta problemática é na Escola (média de 4,19), seguido nas Atividades Extracurriculares e na entrada na Casa de Acolhimento.

Quadro 3.5 - Integração das Crianças e Jovens com problemas de saúde mental
(1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

Integração	1	2	3	4	5	Média
Na Casa de Acolhimento	1,92% (1)	9,62% (5)	28,85% (15)	40,38% (21)	19,23% (10)	3,65
Na Escola	0% (0)	5,77% (3)	7,69% (4)	48,08% (25)	38,46% (20)	4,19
Nas Atividades extracurriculares	1,92% (1)	11,54% (6)	26,92% (14)	34,62% (18)	25,00% (13)	3,69
Nas Colônias de Férias	5,77% (3)	19,23% (10)	38,46% (20)	21,15% (11)	15,38% (8)	3,21
Com voluntários	8,33% (4)	10,42% (5)	41,67% (20)	29,17% (14)	10,42% (5)	3,23

Após uma análise mais objetiva relativamente à caracterização da instituição, perfil das crianças e jovens com problemas de saúde mental e necessidades e constrangimentos na intervenção com as mesmas, pretendeu-se dar voz às instituições e perceber melhor as dificuldades ou sucessos, através de perguntas abertas. 19 Casas de Acolhimento (37,25%) consideram que Casa que representam neste estudo se encontra adaptada para receber crianças e jovens com esta problemática, já 32 Casas (62,75%) indicam o contrário, sendo que 30 justificaram a sua resposta, indicando as suas maiores dificuldades.

Como se pode verificar no Anexo E, da análise categorial desta questão, as 30 justificações foram organizadas em 6 temas e 22 categorias. Os temas identificados foram os recursos económicos; os recursos humanos; os recursos terapêuticos; o espaço físico; as crianças e jovens e a escola/comunidade. Uma vez que o estudo tem como problema de investigação, a resposta das instituições de acolhimento às crianças e jovens com problemas de saúde mental e tendo sido enunciadas por 30 casas as suas maiores dificuldades na intervenção com esta população, considera-se que todas elas são importantes e devem ser consideradas, por forma a possibilitar a minimização das dificuldades sentidas e a adequação da intervenção.

Os temas mais abordados, por 23 e 17 Casas, respetivamente, foram os recursos humanos e as crianças e jovens. Estas casas, consideram que os recursos humanos não têm formação nem preparação específica para trabalhar com esta problemática (16) que aliado a um número insuficiente de elementos (6), e em alguns casos ao número elevado de crianças e jovens (2), com grande heterogeneidade de idades e diferentes níveis de desenvolvimento/maturidade (2), compromete largamente o acompanhamento individualizado (6) ideal para qualquer criança ou jovem, assim como em situações de crise inevitavelmente expõe a ocorrência, ou em outras situações coloca em risco outras crianças/jovens (4). Outras Casas, referem ainda a dificuldade em gerir a relação destas

crianças e jovens com os pares e adultos (2) e também na integração, ou mesmo em atividades de grupo, junto com outras crianças e jovens com problemáticas distintas (1). Existe ainda uma casa que refere a falta de supervisão técnica, tão importante na reflexão e no apoio à intervenção de qualquer resposta social.

"Falta de formação específica na área; insuficiência de recursos humanos que permitam um acompanhamento mais individualizado; (...) falta de supervisão técnica..." (C11)

"As crianças estarem integradas junto de outras crianças com problemáticas diferentes (que não a saúde mental) interferindo de forma disfuncional na dinâmica do LIJ e atividades a realizar com o grupo de crianças/jovens" (C44)

8 participantes relatam as dificuldades na intervenção terapêutica - 2 referem ter dificuldade na aplicação da intervenção dentro da casa de acolhimento, enquanto 6 atribuem a dificuldade aos insuficientes recursos terapêuticos disponíveis e acessíveis, nomeadamente profissionais clínicos da área da saúde mental, em determinados distritos do país.

"Resposta de intervenção psicoterapêutica adequada em contexto de CAT" (C47)

"Falta de profissionais especializados na área da saúde mental, numa perspetiva de realizar uma intervenção especializada junto destes jovens com problemas de saúde mental" (C50)

O Espaço Físico da Casa de Acolhimento é outro tema referido por 7 dos colaboradores no estudo. Embora 3 tenham referido apenas "Espaço físico" (C8), sugere que queriam referir-se ao facto de, pelas suas dimensões ou localização física se tornar pouco contentora (2), dificultar em intervenções em crise (1) e a ausência de uma área destinada à contenção (1), protegida e distante dos olhares e presença de outras crianças/jovens.

"Espaço físico dificulta intervenção em crise; exposição a outras crianças acolhidas de tenra idade" (C19)

A Escola e a comunidade, foram enunciadas por 7 casas, tendo sido referidas as dificuldades de integração destas crianças e jovens (2), a insuficiência de respostas formativas (3) adequadas e também a estigmatização (2) que permanece ao nível da comunidade/escola.

"...dificuldades na integração escolar; falta de respostas adequadas ao nível da escola/formação; (...) estigmatização dos jovens..." (C11)

"Difícil inserção em atividades da comunidade e na própria escola que marginaliza estes jovens" (C21)

Ainda duas Casas de Acolhimentos, apontaram também como dificuldade os recursos económicos da instituição, associado a despesas inerentes a esta problemática, nomeadamente medicação, terapias, entre outros.

Das 52 Casas de Acolhimento, 30 afirmam já adotar o Modelo de Intervenção Terapêutica na sua instituição (análise categorial no Anexo F).

Na opinião de alguns destes a implementação é prolongada e o défice de recursos humanos, nomeadamente especializados, pode colocar em causa um modelo bem pensado e estruturado. No entanto, outros indicam que proporciona melhorias no funcionamento da equipa e que num caso específico todos os elementos da instituição são beneficiados com formações contínuas especializadas na área da intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental.

"Grande dificuldade em implementar como deveria ser pela falta de pessoal e dificuldades financeiras para recrutar técnicos especializados" (C35)

"Prolongada mas efectiva a médio longo prazo" (C25)

Relativamente à intervenção, consideram que este modelo é o mais adequado e eficaz para o acolhimento. Embora exigente, e por vezes difícil de implementar, permite aplicar estratégias bem definidas, tornando-se estruturante com a adoção de rotinas (previsibilidade) e por isso importante para a organização mental destas crianças e jovens, e ainda prevê uma intervenção individualizada e adaptável às necessidades de cada uma. Os participantes indicam que essa intervenção individualizada, encontra-se planificada no PSEI (Projeto Socioeducativo Individual), que é ajustado sempre que houver necessidade.

"...temos um modelo de intervenção terapêutico elaborado com estratégias bem definidas a utilizar no nosso dia a dia, pois só recebemos jovens com problemas de saúde mental. O modelo de acolhimento terapêutico é sem dúvida essencial a ser utilizado com este tipo de público alvo, pois é estruturante a ajuda no sucesso da intervenção." (C10)

"A forma mais adequada para intervir com estas problemáticas, embora muito exigente e difícil de implementar" (C14)

As Casas também sentem que trabalhando com grupos mais pequenos, lhes permite um acompanhamento mais familiar, sendo que as crianças e jovens beneficiam de maior apoio e de uma integração mais adequada, o que proporciona bons resultados no desenvolvimento e estabilidade mental e emocional da criança e jovem.

"É positiva, na medida em que a criança/jovem se sente mais apoiada e tem uma integração mais adequada." (C44)

"No meu ponto de vista este tipo de intervenção tem-se revelado eficaz com o nosso grupo de crianças e jovens. São trabalhados e acompanhados grupos mais pequenos onde o acompanhamento é mais personalizado à semelhança de uma família dita normal." (C5)

21 Casas de Acolhimento afirmam ainda não terem implementado o Modelo de Intervenção Terapêutica. A maior dificuldade na implementação, de acordo com a análise categorial no Anexo G, consiste nos recursos humanos, principalmente na necessidade que existe na formação específica de todas as equipas das Casas de Acolhimento. Havendo ainda algumas casas que referem ter falta de recursos económicos, recursos humanos, nomeadamente especializados na problemática, a resistência à mudança e também falta de Supervisão Técnica Externa, além de um espaço físico adaptado ao modelo.

"Falta de Formação Técnica Específica" (C28)

"Estamos em processo de definição do modelo e respetiva implementação. Contudo, as maiores dificuldades sentidas são a falta de formação específica na área, inexistência de supervisão técnica exterior; escassez de recursos humanos e financeiros;(...) resistência à mudança;..."(C11)

Existem também participantes que referem adotar uma intervenção familiar que não se coaduna com a intervenção terapêutica. Devido ao número elevado e diversidade de perfis e problemáticas existentes no conjunto de crianças/jovens acolhidas, consideram difícil a individualização e intencionalidade da intervenção, assim como a sua continuidade ao longo do tempo.

"...acolhimento simultâneo de diferentes perfis de crianças/jovens..."(C11)

"as dificuldades sentidas estão relacionadas com a heterogeneidade dos grupo de crianças ..." (C43)

Uma das Casas referiu ainda que as diferentes expectativas que a comunidade em que está inserida considera entre "o que deve ser o acolhimento e o paradigma terapêutico" (C11), consiste também numa dificuldade sentida na implementação do Modelo de Intervenção Terapêutico.

Para terminar o estudo/investigação, foi proposto que as Casas colaboradoras sugerissem melhorias no Acolhimento Residencial para favorecer uma melhor intervenção com Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental, ao qual 43 responderam favoravelmente, com sugestões.

No Anexo H, consta a análise categorial das várias sugestões. A categoria dos Recursos Humanos conta com o maior número de sugestões, com aumento do número de

elementos especializados, aumento de formações especializadas na área da saúde mental e ainda com o aumento de oferta formativa disponível. Sugerem menor rotatividade das equipas e a integração de clínicos de pedopsiquiatria e professores nas equipas multidisciplinares das Casas de Acolhimento. Existe ainda uma sugestão de diminuição de técnicos superiores nas equipas, possivelmente devido aos problemas com recursos económicos já anteriormente relatados por algumas instituições.

"...Formação específica para a equipa técnica e educativa; (...) Integração de pedopsiquiatra e de professores na equipa..." (C11)

"Recursos humanos suficientemente dimensionados e capacitados para trabalhar com as crianças com este perfil" (C24)

"Maior formação na área; reforço dos recursos humanos e materiais" (C28)

Relativamente aos Recursos Terapêuticos, as Casas de Acolhimento sugerem que deverá existir mais celeridade e regularidade nas respostas na área da Saúde Mental, nomeadamente num maior número e qualidade das mesmas ao nível do Sistema Nacional de Saúde (SNS), permitindo também uma mais precoce deteção e sinalização das problemáticas. Propõem mesmo que a Área da Saúde Mental do SNS deveria estar integrada no Sistema de Acolhimento de Crianças e Jovens promovendo assim também o aumento da articulação e da resposta. Os participantes sentem igualmente necessidade de um aumento de respostas terapêuticas ou de ocupação especializadas ao nível da comunidade.

"Sinalização e identificação das problemáticas, nomeadamente definição de diagnóstico clínico mais precoce; resposta mais célere e mais sistemática ao nível da pedopsiquiatria" (C14)

"...A saúde envolvida ao nível do sistema de acolhimento, nomeadamente as especialidades de saúde mental, face à dificuldade de encaminhamentos face ao número de profissionais no sistema nacional de saúde." (C18)

"Coresponsabilizar o Ministério da Saúde a par em situações de acolhimento" (C29)

"maior facilidade de acesso aos serviços de saúde principalmente pedopsiquiatria, pois no distrito em que a casa de acolhimento se encontra as jovens só tem vaga em pedopsiquiatria se tiverem alguma crise que seja necessário recorrer às urgências" (C30)

O Modelo de Acolhimento também foi abordado nas sugestões. A Especialização do Acolhimento foi a categoria com maior incidência, tendo sido sugerido também a "criação de unidades especializadas para menores de 12 anos" (C19). "A mudança do paradigma de intervenção" (C47) no acolhimento, com implementação do modelo terapêutico e uma

constante avaliação do mesmo é também salientado. A análise pormenorizada dos processos individuais, antes do acolhimento, poderá orientar no melhor modelo de acolhimento para aquela criança/jovem, assim como uma supervisão técnica mais regular com mais incidência na área clínica poderá ser uma mais valia para a intervenção com residentes com este tipo de problemática.

"A necessidade de constante auto-avaliação e formação, assim como uma consciência clara de que a intervenção, apesar de ter um modelo terapêutico orientador, tem de ser idiossincrática e adaptada a cada jovem e ao momento que cada uma vivencia em cada etapa." (C57)

"Supervisão mais clínica - psicologia dinâmica (e não tão só social, ao nível dos processos, tribunais, etc)" (C3)

"...supervisão técnica regular..." (C11)

No campo das Crianças e Jovens, mais uma vez foi mencionada a necessidade/sugestão de redução do número de crianças/jovens por Casa de Acolhimento, por forma a que seja possível realizar o ambicionado cuidado individualizado e adaptado às necessidades de cada uma. Existe ainda quem sugira a diminuição da disparidade de idades no grupo de residentes.

"... com poucas crianças e com pessoal especializado em várias áreas, capazes de prestar um acompanhamento individualizado a cada situação" (C35)

"redução do número de crianças por casa..." (40)

Quanto ao Espaço Físico, sugere-se uma adaptação das Casas tornando-as mais contentoras, com espaços físicos airosos e sem potenciais riscos para as crianças e jovens, nomeadamente em situações de maior descompensação emocional.

"Casas com espaços físicos airosos e pouco perigosos" (C16)

A Escola também foi abordada. A formação dos professores sobre a problemática, a adequação dos currículos escolares às necessidades e ainda um maior número/distribuição a nível nacional de escolas especializadas com intervenção terapêutica, foram outras sugestões. Já relativamente à Comunidade propõe-se uma maior criação de parcerias, por forma a promover a integração social destas crianças e jovens.

"adequação dos currículos escolares; formação aos professores sobre a temática; possibilidade de crianças/jovens frequentarem piefs;" (C11)

"Formação e supervisão dos profissionais; Existência de escolas especializadas, que também tenham uma intervenção terapêutica." (C39)

"... parcerias com a comunidade para a integração das crianças." (C40)

As Famílias surgem também neste último ponto de respostas ao questionário. As Casas de Acolhimento sugerem que as crianças e jovens, e se houver condições, devem permanecer junto da família com um acompanhamento muito próximo e regular de equipas especializadas e terapêuticas. Outras sugerem que mesmo após o acolhimento, as famílias deverão manter uma intervenção especializada, individualizada e cada vez mais sistémica.

"As crianças deviam ser mantidas na família com um bom programa terapêutico/acompanhamento muito próximo de equipa especializada; e deviam existir respostas especializadas para esta problemática (nos casos em que a família não tem qualquer recursos para se organizar) com infraestruturas e recursos humanos muito especializados e em número suficiente." (C43)

"Intervenção mais especializada, individualizada e mais sistémica com as famílias das crianças e jovens acolhidas." (C22)

Também o Apoio Estatal, surge neste último ponto. Com a proposta de existir um reforço da verba estabelecida no acordo de cooperação por cada criança/jovem acolhida com este tipo de problemática.

"Mais formação das equipa técnicas e educativas. Reforço da verba por criança/jovem acolhidos com problemas a este nível para viabilizar contratação de mais recursos humanos e fazer face às despesas implicadas nestes acompanhamentos que são muito mais exigentes (médicos, escolas, medicamentos,...)" (C55)

CONCLUSÃO

Este estudo / investigação constituiu um desafio por ter a ambição de elevar a "voz" das Casas de Acolhimento ao meio académico, e quem sabe mais além.

A problemática da Saúde Mental no Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens tem sido nos últimos anos realçado nos relatórios anuais de caracterização do Sistema de Acolhimento do Instituto de Segurança Social, os CASA, no entanto, as dificuldades e constrangimentos à intervenção mantêm-se como comprovam os dados recolhidos e analisados neste exercício.

Respondendo à pergunta de partida, podemos afirmar que as dificuldades e constrangimentos identificados pelas Casas de Acolhimento participantes, estão relacionadas com a particularidade da problemática, ou seja, a necessidade de um acompanhamento mais individualizado, próximo e adequado das crianças e jovens em acolhimento com problemas de saúde mental, conduzem a que os recursos humanos, económicos, terapêuticos, físicos e mesmo comunitários devam ser adaptados às novas circunstâncias, por forma a que estas crianças e jovens possam beneficiar de todos os seus direitos, assim como, permitindo que todas as outras que com estas coabitam tenham também as suas necessidades satisfeitas em termos de atenção, cuidado e proteção. O serviço social tem um papel fundamental neste âmbito e um desafio permanente para que possa assegurar, promover e garantir, a breve trecho, os direitos fundamentais da criança / jovem. O presente estudo, visa oferecer pistas de intervenção aos diversos profissionais que exercem a sua função no contexto do acolhimento residencial, a fim de:

- 1.º Identificar a realidade através do diagnóstico social;
- 2.º Reequacionar a prática profissional;
- 3.º Requalificar a intervenção sustentada em modelos de intervenção atuais e com o foco na dimensão relacional/educacional;

No que se refere aos objetivos delineados no início do estudo/investigação, pode-se admitir que o impacto da saúde mental das crianças e jovens em acolhimento residencial, verifica-se na dificuldade de intervenção com as mesmas, da satisfação das suas necessidades especiais, sem detrimento das outras crianças e jovens que com elas coabitam. Também nesta vertente, o papel dos vários profissionais, em particular os Assistentes Sociais, tem uma importância fundamental, pois caberá a estes, desenvolverem estratégias e planos de intervenção que visem a satisfação plena das necessidades individuais de cada

criança/jovem, que promovam a autonomia gradual da instituição bem como a disponibilização de recursos para garantir autonomia ao longo do seu percurso de vida. O planejamento de projetos de vida, orientados, com o desenvolvimento de competências relacionais e técnicas é um objetivo a atingir.

Ao nível do grau de incidência das crianças e jovens com problemas de saúde mental verifica-se que 34% da população acolhida pelas Casas participantes no estudo têm esta problemática, sendo que, tal como referia o Relatório CASA 14, com predomínio de adolescentes (75,24%) mas sem grande expressão ao nível do sexo. Segundo os participantes, ao longo dos últimos 5 anos, o número de situações e de complexidade tem vindo a aumentar.

Constatou-se também, nomeadamente ao nível dos recursos humanos e nos rácios calculados, que as Casas dispõem de diferentes tipos de recursos, o que transmite alguma falta de coerência e justiça para com as crianças e jovens em acolhimento. A uniformização dos recursos humanos, número e formação, através de ferramenta jurídica, permitiria que as crianças e jovens de todo o país, tivessem ao nível do acolhimento as mesmas oportunidades e necessidades satisfeitas.

Relativamente às crianças e jovens com problemas de saúde mental, apesar de existir uma definição de Sampaio (2015:22) no questionário,

"Os problemas de saúde mental podem ser apercebidos pelo próprio de modo subjetivo como ansiedade, medos, fobias, irritabilidade, tristeza ou queixas somáticas, ou então manifestarem-se através do comportamento como heteroagressividade, impulsividade, problemas de atenção ou problemas de conduta antissocial."

foram considerados todas as crianças e jovens identificados pelas Casas de Acolhimento com variadas problemáticas por se entender que terão problemas de saúde mental associadas às mesmas.

Podemos admitir que apesar de algumas casas admitirem já ter implementado um Modelo Terapêutico adequado às necessidades de intervenção com estas crianças e jovens, a maioria continua a considerar que as condições (de forma generalizada) que as Casas de Acolhimento possuem não estão adaptadas para a nova realidade do sistema de acolhimento caracterizada pelo novo perfil de crianças acolhidas. Neste sentido, a intervenção social dos vários atores preconiza a necessidade de monitorizar este processo: articular com os vários interlocutores, atualizar o conhecimento que se tem destas crianças e jovens para prevenir situações de crise ou desajustamento; e promover a avaliação das potencialidades e constrangimentos. Este "novo" posicionamento permitirá identificar o novo perfil emergente

das crianças e jovens acolhidos, bem como poderá facultar pistas para uma intervenção cada vez mais eficaz.

Foi interessante analisar as sugestões das diferentes Casas de Acolhimento e sentir a necessidade de mudança de quem se encontra "no terreno" e de quem reconhece que estas e todas as crianças e jovens merecem e têm direito a um acolhimento adequado, que vise a satisfação de todas as suas necessidades e um saudável desenvolvimento integral.

A adequação dos recursos humanos, a universal e célere resposta na área da saúde mental ou mesmo a interessante inclusão da mesma área dentro do Sistema de Acolhimento, a adaptação do espaço físico das Casas, a sensibilização da Escola e comunidade para uma mais fácil integração social destas crianças e a intervenção sistémica junto das famílias, antes e após o acolhimento, e ainda um reforço da verba estabelecida como Acordo de Cooperação por cada criança/jovem acolhida nesta circunstância, são algumas das sugestões que vão ao encontro das necessidades e constrangimentos identificados pelos participantes.

Este estudo teve também limitações na sua concretização. A inexistência de uma listagem atualizada das Instituições ou Casas de Acolhimento a nível nacional, continente e arquipélagos, limitou a participação das totalidades das existentes.

Outra limitação verificada foi a constatação de várias respostas inválidas, a partir do segundo grupo de questões do questionário, por terem sido introduzidos dados relativos à totalidade do grupo em acolhimento e não apenas àqueles sobre os quais o estudo recai.

Em termos de perspetivas futuras, é premente pensar e concretizar mudanças no Sistema de Acolhimento de Crianças e Jovens. Este trabalho teve também o intuito de levar à reflexão das casas de acolhimento sobre a problemática e a "discussão" das dificuldades e as necessidades das mesmas em desempenhar um bom trabalho e em permitir que todas estas crianças e jovens tenham o acompanhamento adequado às suas particularidades. É por isso também importante a continuação da participação das Casas de Acolhimento neste tipo de estudos, de uma forma interessada e sincera por forma a promover a criação de melhores condições de trabalho e consecutivamente uma melhor intervenção.

O papel dos Assistentes Sociais, neste processo, configura-se de vital importância, ao considerarmos a sua contribuição das necessidades destas crianças e jovens, na formulação e conceção de um diagnóstico social que fundamente os eixos norteadores para dar uma melhor resposta, fundamentada no presente e que preveja a reequação do paradigma atual da intervenção e com vista a requalificar a resposta de acolhimento.

Neste sentido, e tendo como premissa o foco da intervenção dos Assistentes Sociais, de promoverem a mudança social, a coesão e a promoção da pessoa, detentora de direitos e deveres, será a matriz que alicerçará a requalificação da resposta de acolhimento social. Garantir aos que integram esta resposta social, oportunidades de exercer a sua cidadania plena, num quadro de direitos, é uma missão atual e que deverá ser posta em prática. Paralelamente, é necessário promover um acompanhamento sistemático destas crianças e jovens, em parceria com outras organizações, no âmbito da saúde e no meio escolar, com o objetivo de promover a autonomia e a integração plena destes a fim de garantir a sua segurança e qualidade de vida.

Em suma, o trabalho feito pelos Assistentes Sociais visa a criação de condições que permitam às crianças e jovens tornarem-se, a médio e longo prazo, mais conscientes do seu papel enquanto cidadãos desta sociedade global, poderão ganhar autonomia das organizações que os acolheram e serem de facto indivíduos com uma palavra a dizer sobre o seu presente e futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Alberto, Isabel (2003), "Como pássaros em gaiolas"? Reflexões em torno da institucionalização, em C. Machado e R. A. Gonçalves (Eds.), *Violências e vítimas de crimes*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Barbas, Lúcia (2014), *Lar de Infância e Juventude Especializado: O Modelo Terapêutico na perspectiva dos Jovens e sua famílias*, Dissertação de Mestrado Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Portalegre, Escola Superior de Educação.
- Brito, Isabel (2011), Ansiedade e depressão na adolescência, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (27), pp.208-214.
- Bravo, Amaia e Jorge Del Valle, (2009), Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil, *Papeles del Psicólogo*, 30, (1), pp.42-52.
- Calcing, Jordana e Silvia Benetti (2014), Caracterização da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes em Acolhimento Institucional, *Psico*, 45, (4), pp.559-567.
- Canha, Jeni (2000), *Criança Maltratada*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Caparrós, Maria (1998), *Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional)*, Alicante, Editorial Aguaclara.
- Cordovil, Catarina, Margarida Crujo, Paula Vilariça e Pedro Caldeira da Silva (2011), Resiliência em crianças e adolescentes institucionalizados, *Acta Médica Portuguesa*, 24, (S2), pp.413-418.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro: Define os apoios especializados a prestar na Educação Pré-escolar e nos Ensinos Básico e Secundário dos sectores público, particular e cooperativo.
- Delgado, Paulo (2009), O acolhimento familiar numa perspectiva ecológico-social. *Revista Lusófona de Educação*, (14), pp.157-168.
- DGS (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, Ministério da Saúde.
- DGS (2011), *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Dias, Maria Olívia (2011), Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: o processo de comunicação no sistema familiar, *Revista Gestão e Desenvolvimento*, (19), pp.139-156.
- ISS, (2012), *CASA – Relatório de Caracterização Anual do Acolhimento de Crianças e Jovens 2011*, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P., Departamento de Desenvolvimento Social.
- ISS, (2013). *CASA – Relatório de Caracterização Anual do Acolhimento de Crianças e Jovens 2012*, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P., Departamento de Desenvolvimento Social.
- ISS, (2014). *CASA – Relatório de Caracterização Anual do Acolhimento de Crianças e Jovens 2013*, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P., Departamento de Desenvolvimento Social.
- ISS, (2015). *CASA – Relatório de Caracterização Anual do Acolhimento de Crianças e Jovens 2014*, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P., Departamento de Desenvolvimento Social.
- Ferreira, Jorge (2011), *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância. Modus Operandi do Assistente Social na Promoção da Protecção à Criança e à Família*, Lisboa, Quid Juris Sociedade Editora
- Ferreira, Tânia (2013), *Crianças e Jovens Institucionalizados: Representações e Expetativas em relação à Família Biológica*, Tese de Mestrado em Estudos da Criança. Área de Especialização

- em Intervenção Psicossocial em Crianças, Jovens e Família, Braga, Instituto de Educação da Universidade do Minho.
- Fonseca, António (2000). Crianças e jovens em risco: Análise de algumas questões atuais. In Damião da Silva (Eds.), *Crianças e Jovens em Risco: Da Investigação à Intervenção*, Coimbra, Livraria Almedina.
- Fortin, Marie (2006), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Lisboa, Lusodidacta.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003), *O processo de investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- Freixo, Manuel João Vaz (2009), *Metodologia científica : fundamentos, métodos e técnicas*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Gómez, Francisco (2008), *Intervención social con familias*, Madrid, Mc Graw Hill.
- Gomes, Isabel (2010), *Acreditar no Futuro*, Alfragide, Texto Editores, Lda.
- Guadalupe, Sónia, (2010), *Intervenção em Rede. Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Howe, David (2009), *A Brief Introduction to social work Theory*, London, Palgrave Macmillan.
- Joaninho, Marta (2010), *Intervenção Social com crianças e jovens em perigo: Estudo de caracterização do acolhimento de crianças e jovens no distrito de Santarém*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Coimbra, Instituto Miguel Torga.
- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro: Lei de Proteção de Crianças e Jovens em perigo. *Diário da República – I Série – A, n.º. 204, 1-9-1999*. Com alterações introduzidas pelos diplomas Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro e Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto.
- Lopes, Fábio (2013), *Unidade Terapêutica: Desenvolvimento de um Programa Residencial de Intervenção com Crianças e Jovens com História de Maus-Tratos*, Trabalho de Projecto de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações. Lisboa, ISCTE - Instituto Universitário.
- Machado, Carla (1996), Maus tratos a menores, vitimização e poder: Proposta de um modelo integrado de análise, *Teoria, investigação e Prática*, (1), pp.133-148.
- Machado, Carla e Rui Gonçalves (2002), *Violência e vítimas de crimes*, Coimbra, Quarteto Editora.
- MacLean, Kim (2003), The impact of institutionalization on child development, *Development and Psychopathology*, (15), pp.853-884.
- Magalhães, Ana Sofia (2012), *A depressão na criança institucionalizada*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Magalhães, Teresa (2002), *Maus tratos em crianças e jovens*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Matos, Margarida e Daniel Sampaio (2009), *Jovens com Saúde: Diálogo com uma geração*, Lisboa, Texto Editores, Lda.
- Martins, Paula (2002), *Maus-tratos a crianças: O perfil de um problema*, Braga, Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Martins, Helena (2012), *O agir do assistente social nas Equipas de Intervenção Precoce*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, ISCTE - Instituto Universitário.
- Matos, Bela, Carlos Aguiar, Cláudia Martins, Isabel Gama, Luís Pires, João Dias, José Costa e Sandra Queirós (2015), *Acolhimento Terapêutico: pistas de intervenção para profissionais*, Lisboa, Casa Pia.
- Pacheco, Paulo (2010), *Lares de Infância e Juventude. Contributos para um modelo de acolhimento e integração social*, Porto, Universidade Fernando Pessoa.

- Pinheiro, Mafalda (2012), *O acompanhamento a crianças e às suas famílias nos Centros de Acolhimento Temporário: A perspetiva dos técnicos de serviço social*, Dissertação de Mestrado em Política Social. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Pinheiro, Ana (2011), *O Crescimento Físico e o Desenvolvimento Mental de Crianças Institucionalizadas: O Impacto do Temperamento e da Qualidade dos Cuidados numa Perspetiva Longitudinal*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia Clínica, Braga, Universidade do Minho.
- Pinhel, Joana, Nuno Torres, e Joana Maia (2009), Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado, *Análise Psicológica*, XXVII, (4), pp.509-521.
- Pires, Susana (2011), *A Promoção da Autonomia em Jovens Institucionalizadas*, Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social, Bragança, Escola Superior de Educação.
- Quivy, Raymond e Luc van Campenhoudt (2005), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Redondo, João (2015), "Intervenção na Criança Institucionalizada - Crianças saudáveis não brotam em jardins", Comunicação apresentada do 6.º Encontro Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência com o tema *Criança Institucionalizada*, Escola Superior de Saúde de Viseu, 27 e 28 Novembro 2015, Viseu.
- Ribeiro, Anabela (2008), *Projeto de promoção da autonomia de crianças e jovens em acolhimento residencial*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Comunitária e Proteção de Menores, Lisboa, ISCTE - Instituto Universitário.
- Rodrigues, Ana e Melânia Ferronato. (2010), *Breve discussão sobre os métodos científico, dedutivo, indutivo e hipotético-dedutivo*. Pós-graduação: mestrado em "Gestão do Território", Paraná, Brasil, Universidade Estadual de Ponta Grossa.
- Rodrigues, Sónia, Maria Barbosa-Ducharne, e Jorge Del Valle (2013), La calidad del acogimiento residencial en Portugal y el ejemplo de la evolución española. *Papeles del Psicólogo*, 34 (1), pp.11-22.
- Roig, Antonio e Joaquin Ochotorena (1993), *Maltrato y abandono en la infancia*, Barcelona, Martinez de Roca.
- Skuse, David e Arnon Bentovin (1994), Physical and emotional maltreatment. In M. Rutter, E. Taylor e L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*, Oxford, Blackwell Sciences.
- Sousa, João (1989), Papel Formativo dos Hospitais de Dia, *Revista de Psiquiatria do Hospital de Júlio de Matos*, (2), pp.85-89.
- Strecht, Pedro (2000), *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligencia e maus-tratos em crianças e adolescentes*, Lisboa, Assírio & Alvim.
- Strecht, Pedro (2005), *Preciso de Ti - Perturbações Psicossociais em Crianças e Adolescentes*, Lisboa, Assírio & Alvim.
- UNICEF (2011), *Situação mundial da infância 2011: Adolescência - uma fase de oportunidades*, USA, UNICEF.
- Veloso, Carolina (2014), *Lares de Infância e Juventude: contributos para a Autonomia*, Projecto final de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens, Viseu, Escola Superior de Educação.

Vilelas, José (2009), *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.

ANEXOS

ANEXO A - Pedido de Colaboração enviado a todas as Casas de Acolhimento

1.º Mail

Exmo/a Sr/a Diretor/a da Casa de Acolhimento,

Todas as **crianças e jovens acolhidos** nas Casas de Acolhimento, são retirados do seu meio familiar por forma a **garantir-lhe proteção, segurança e todas as condições para um desenvolvimento integral saudável**. Crianças e jovens com necessidades especiais necessitam de uma intervenção especializada e adaptada às suas circunstâncias.

Segundo o Instituto de Segurança Social, IP, só no ano de **2014**, em Portugal, existiam **2164 crianças e jovens com problemas de comportamento no Acolhimento Residencial**, sendo que **mais de 22 %** de todas as crianças e jovens acolhidas se encontravam em **acompanhamento clínico na área da saúde mental**.

Sendo esta uma **realidade que se tem vindo a acentuar** ao longo dos últimos anos no Acolhimento, **estarão as Casas de Acolhimento preparadas e adaptadas para atender às necessidades específicas destas crianças?**

Este estudo, de âmbito nacional, pretende contribuir para responder a uma inquietação, certamente partilhada por todos, e promover a melhoria da intervenção no acolhimento com crianças e jovens que sofrem de problemas de saúde mental em Portugal. Integra o problema de investigação da **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**, em desenvolvimento, com o tema "**Saúde Mental no Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens**", sob orientação da **Professora Doutora Maria João Pena**, do **ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa**.

Neste sentido, gostaria de o/a convidar a participar até dia **20 de Junho**, através do preenchimento de um **questionário online** acessível através do link: <http://goo.gl/forms/VdR6WGdtE6>

Não havendo identificação das Casas de Acolhimento ao longo do questionário é **garantida a confidencialidade** das informações individuais.

Terei todo o gosto em **partilhar os resultados com todas as instituições** que o solicitem e disponibilizo o meu contacto, **918 126 931**, para qualquer esclarecimento necessário.

Em nomes de todas estas crianças agradeço desde já a sua colaboração!

Melhores cumprimentos,

Joana Moura

2.º Mail

Exmo/a Sr/a Diretor/a da Casa de Acolhimento,

A **adesão institucional** ao presente estudo, tem claramente **confirmado a importância do tema para a atual realidade do acolhimento**, pelo que o **prazo** para o preenchimento do questionário, <http://goo.gl/forms/VdR6WGdtE6>, foi alargado para o dia **30 de Junho**, permitindo a participação de mais instituições.

As crianças e jovens, com problemas de saúde mental, em acolhimento residencial **agradecem** a todos o contributo para a melhoria da intervenção.

Atenciosamente,

Joana Moura

ANEXO B - Questionário

Saúde Mental no Acolhimento Residencial de Crianças e Jovens

I - Caracterização das Instituições de Acolhimento

1 - Distrito ou Região Autónoma da Casa da Acolhimento:

Açores	Braga	Faro	Madeira	Setúbal
Aveiro	Bragança	Guarda	Portalegre	Viana do Castelo
Beja	Coimbra	Leiria	Porto	Vila Real
Castelo Branco	Évora	Lisboa	Santarém	Viseu

2 - Composição do quadro de recursos humanos da Casa de Acolhimento:

- 2.1 - Equipa Técnica: N° de Assistentes Sociais
- 2.2 - Equipa Técnica: N° de Psicólogos
- 2.3 - Equipa Técnica: N° de Educadores Sociais
- 2.4 - Equipa Técnica: Outros técnicos (Quais e quantos)
- 2.5 - Equipa Educativa: Quantos elementos e quais as habilitações
- 2.6 - Equipa de Apoio: N° de auxiliares de Serviços Gerais
- 2.7 - Equipa de Apoio: Outros (Quais e quantos)

3.1 - Capacidade da Resposta Social:

3.2 - N° de crianças /jovens atualmente acolhidas:

3.3 - Idade da criança/jovem mais nova:

3.4 - Idade da criança/jovem mais velha:

4 - Os problemas de saúde mental em crianças/jovens são, atualmente, uma realidade na sua Casa de Acolhimento? (Sim/Não)

"Os problemas de saúde mental podem ser apercebidos pelo próprio de modo subjetivo como ansiedade, medos, fobias, irritabilidade, tristeza ou queixas somáticas, ou então manifestarem-se através do comportamento como heteroagressividade, impulsividade, problemas de atenção ou problemas de conduta antissocial." (Sampaio, 2015:22)

II - Incidência de problemas de saúde mental no acolhimento

5 - N.º de crianças / jovens com problemas de saúde mental:

6 - N.º de crianças / jovens com problemas de saúde mental com diagnóstico clínico:

6.1 - Quais os diagnósticos clínicos:

7 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental por faixa etária:

7.1 - Até aos 6 anos de idade:

7.2 - Dos 7 aos 12 anos de idade:

7.3 - Dos 13 aos 16 anos de idade:

7.4 - Dos 17 aos 18 anos de idade:

7.5 - Mais de 18 anos de idade:

8.1 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental do sexo feminino:

8.2 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental do sexo masculino:

9.1 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental em 2011:

9.2 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental em 2016:

9.3 - Caso não lhe seja possível quantificar, considera que nos últimos 5 anos, o número de crianças/jovens com problemas de saúde mental, na sua Casa de Acolhimento:

(Aumentou/Manteve-se/Diminuiu)

10 - Considera que, nos últimos 5 anos, a complexidade dos problemas de saúde mental das crianças /jovens acolhidos na sua Casa de Acolhimento: (Aumentou/Manteve-se/Diminuiu)

III - Perfil das crianças e jovens em acolhimento com problemas de saúde mental

- 11 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental por Ciclo de Escolaridade:
- 11.1 - Não frequência de equipamento educativo:
 - 11.2 - Creche:
 - 11.3 - Pré-escolar:
 - 11.4 - 1.º Ciclo:
 - 11.5 - 2.º Ciclo:
 - 11.6 - 3.º Ciclo:
 - 11.7 - Secundário:
 - 11.8 - Ensino Superior:
 - 11.9 - Outros:
- 12 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental por Tipo de Ensino:
- 12.1 - Regular:
 - 12.2 - Ao abrigo do Dec. Lei 3/2008 em escola regular:
 - 12.3 - Ao abrigo do Dec. Lei 3/2008 em escola especializada:
 - 12.4 - Currículo Vocacional; Educação e Formação:
 - 12.5 - Profissional:
- 13 - Qual a média das idades das crianças/jovens com problemas de saúde mental, atualmente acolhidas, tendo por referência a sua idade à data da entrada no primeiro acolhimento?
- 14 - N.º de crianças/jovens com problemas de saúde mental que passaram por:
- 14.1 - Uma Casa de Acolhimento
 - 14.2 - Duas Casas de Acolhimento
 - 14.3 - Três ou mais Casas de Acolhimento
- 15 - Número de crianças/jovens com problemas de saúde mental cujo motivo que levou à institucionalização foi:
- 15.1 - Abandono
 - 15.2 - Abuso Sexual
 - 15.3 - Maus tratos físicos
 - 15.4 - Maus tratos psicológicos
 - 15.5 - Negligência
 - 15.6 - Orfandade
 - 15.7 - Outros
- 16 - N.º de crianças/ jovens com problemas de saúde mental cujo projeto de vida delineado é (de acordo com o assinalado no CASA 2015):
- 16.1 - Sem projeto definido
 - 16.2 - Reintegração na família nuclear
 - 16.3 - Reintegração na família alargada
 - 16.4 - Confiança à guarda de 3.ª pessoa
 - 16.5 - Apadrinhamento Civil
 - 16.6 - Adoção
 - 16.7 - Acolhimento permanente
 - 16.8 - Autonomização
- 17 - Quantas crianças/jovens com problemas de saúde mental beneficiam de acompanhamento psicológico:
- 18 - Quantas crianças/jovens com problemas de saúde mental beneficiam de acompanhamento pedopsiquiátrico:

19 - Com que frequência as crianças/jovens com problemas de saúde mental adotam os seguintes comportamentos, de forma generalizada: (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)

- 19.1 - Agressividade física com adultos (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.2 - Agressividade física com pares (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.3 - Agressividade verbal com adultos (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.4 - Agressividade verbal com pares (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.5 - Comportamentos autolesivos (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.6 - Consumos (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.7 - Destrutivo (objetos, portas, janelas...) (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.8 - Fugas (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.9 - Isolamento (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)
- 19.10 - Outros (1 - nada frequente; 5 - muito frequente)

IV - Necessidades identificadas na intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental

20.1 - Com que frequência as crianças/jovens com problemas de saúde mental se colocam em risco: (1 - nada; 5 - muito frequentemente)

20.2 - Com que frequência as crianças/jovens com problemas de saúde mental colocam outros em risco: (1 - nada; 5 - muito frequentemente)

21 - Como considera o número de recursos humanos para a intervenção com estas crianças e jovens com problemas de saúde mental:

- 21.1 - Equipa Técnica: (insuficiente/adequada/excessiva)
- 21.2 - Equipa Educativa: (insuficiente/adequada/excessiva)
- 21.3 - Equipa de Apoio: (insuficiente/adequada/excessiva)

22 - Como considera a formação académica dos recursos humanos para a intervenção com estas crianças e jovens com problemas de saúde mental:

- 22.1 - Equipa Técnica: (insuficiente/adequada/excessiva)
- 22.2 - Equipa Educativa: (insuficiente/adequada/excessiva)
- 22.3 - Equipa de Apoio: (insuficiente/adequada/excessiva)

23 - Tem conhecimento de existirem formações específicas para a intervenção com crianças e jovens com problemas de saúde mental? (sim / não)

- 23.1 - Se sim, considera: (insuficiente/adequada/excessiva)

24 - Como classifica a relação dos recursos humanos com as crianças/jovens com problemas de saúde mental:

- 24.1 - Equipa Técnica: (nada individualizada/parcialmente individualizada/totalmente individualizada)
- 24.2 - Equipa Educativa: (nada individualizada/parcialmente individualizada/totalmente individualizada)
- 24.3 - Equipa de Apoio: (nada individualizada/parcialmente individualizada/totalmente individualizada)

V - Constrangimentos na Intervenção com crianças e jovens com problemas saúde mental

25 - Considera que com os problemas de saúde mental das crianças/jovem, houve alterações nas despesas da Casa de Acolhimento, no que respeita a:

- 25.1 - Medicação: (diminuiu/manteve-se/aumentou)
- 25.2 - Consulta de especialidade: (diminuiu/manteve-se/aumentou)
- 25.3 - Terapias: (diminuiu/manteve-se/aumentou)
- 25.4 - Atividades especializadas: (diminuiu/manteve-se/aumentou)
- 25.5 - Recuperação de objetos, portas, janelas, camas, etc. danificadas: (diminuiu/manteve-se/aumentou)

26 - Considera a integração de crianças/jovens com problemas de saúde mental:

26.1 - Na Casa de Acolhimento: (1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

26.2 - Na Escola: (1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

26.3 - Nas Atividades extracurriculares: (1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

26.4 - Nas Colônias de Férias: (1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

26.5 - Com voluntários: (1 - muito fácil; 5 - muito difícil)

27 - Considera que a Casa de Acolhimento que representa está adaptada para receber crianças/jovens com problemas de saúde mental? (sim / não)

27.1 - Se não, quais as maiores dificuldades?

28 - Considera que a Casa de Acolhimento que representa adota o modelo de acolhimento terapêutico? (sim / não)

28.1 - Se respondeu afirmativamente, qual a sua opinião face a esta intervenção?

28.2 - Se não, quais as dificuldades sentidas na implementação desta intervenção?

29 - Quais as suas sugestões de melhoria para o Acolhimento Residencial com Crianças/Jovens com problemas de saúde mental?

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO C - Caracterização das Casas de Acolhimento

	N.º ET	N.º AS	N.º EE	Cap. RS	N.º C/J Ac.	Id. C/J + nova	Id. C/J + velha	N.º C/J/N.º ET	N.º C/J/N.º AS	N.º C/J/N.º EE	Probl. SM
C1	2	1	4	13	8	10	22	4.00	8.00	2.00	Não
C2	5	1	7	60	25	12	21	5.00	25.00	3.57	Sim
C3	4	1	6	12	12	2	11	3.00	12.00	2.00	Sim
C4	5	1	0	10	9	6	16	1.80	9.00	Sem EE	Sim
C5	6	1	6	62	44	6	23	7.33	44.00	7.33	Sim
C6	2	1	8	15	14	2	17	7.00	14.00	1.75	Sim
C7	2	1	8	22	22	13	19	11.00	22.00	2.75	Sim
C8	3	1	0	12	12	4	18	4.00	12.00	Sem EE	Sim
C9	3	1	6	14	14	15	18	4.67	14.00	2.33	Sim
C10	7	2	0	24	24	13	18	3.43	12.00	Sem EE	Sim
C11	3	1	7	20	20	13	23	6.67	20.00	2.86	Sim
C12	3	1	7	14	7	2	15	2.33	7.00	1.00	Sim
C13	3	1	12	28	28	6	19	9.33	28.00	2.33	Sim
C14	4	1	0	22	7	14	15	1.75	7.00	Sem EE	Sim
C15	3	1	10	22	20	2	15	6.67	20.00	2.00	Sim
C16	3	1	10	17	17	2	16	5.67	17.00	1.70	Sim
C17	3	1	6	12	12	0.15	21	4.00	12.00	2.00	Sim
C18	3	1	9	15	14	0.2	11	4.67	14.00	1.56	Sim
C19	2	1	10	12	12	1	12	6.00	12.00	1.20	Sim
C20	5	1	13	56	40	12	22	8.00	40.00	3.08	Sim
C21	2	1	7	12	7	9	18	3.50	7.00	1.00	Sim
C22	4	2	10	35	34	8	20	8.50	17.00	3.40	Sim
C23	6	2	12	23	12	7	17	2.00	6.00	1.00	Sim
C24	8	2	8	65	63	3	24	7.88	31.50	7.88	Sim
C25	4	1	8	36	33	13	20	8.25	33.00	4.13	Sim
C26	4	2	0	26	10	16	18	2.50	5.00	Sem EE	Sim
C27	4	1	5	40	23	11	21	5.75	23.00	4.60	Sim
C28	2	1	7	12	12	1	15	6.00	12.00	1.71	Sim

Caracterização das Casas de Acolhimento (continuação)

	N.º ET	N.º AS	N.º EE	Cap. RS	N.º C/J Ac.	Id. C/J + nova	Id. C/J + velha	N.º C/J/N.º ET	N.º C/J/N.º AS	N.º C/J/N.º EE	Probl. SM
C28	2	1	7	12	12	1	15	6.00	12.00	1.71	Sim
C29	6	0	7	12	12	16	23	2.00	Sem AS	1.71	Sim
C30	6	1	6	20	17	13	17	2.83	17.00	2.83	Sim
C31	4	1	4	32	21	8	24	5.25	21.00	5.25	Sim
C32	3	1	7	12	12	1	13	4.00	12.00	1.71	Sim
C33	3	1	3	14	12	1	13	4.00	12.00	4.00	Sim
C34	2	1	12	nr	20	5	14	10.00	20.00	1.67	Sim
C35	5	1	10	25	24	6	19	4.80	24.00	2.40	Sim
C36	4	1	7	30	27	6	19	6.75	27.00	3.86	Sim
C37	3	1	4	10	10	12	18	3.33	10.00	2.50	Sim
C38	8	1	5	14	7	2	15	0.88	7.00	1.40	Não
C39	2	1	9	12	12	2	12	6.00	12.00	1.33	Sim
C40	3	1	7	14	14	3	12	4.67	14.00	2.00	Sim
C41	6	2	10	30	30	15	20	5.00	15.00	3.00	Não
C42	5	1	11	44	33	10	18	6.60	33.00	3.00	Sim
C43	5	1	7	17	17	10	18	3.40	17.00	2.43	Sim
C44	9	3	8	50	50	4	21	5.56	16.67	6.25	Sim
C45	6	3	14	45	45	8	19	7.50	15.00	3.21	Sim
C46	3	1	8	15	15	12	18	5.00	15.00	1.88	Sim
C47	1	0.5	8	15	15	1	13	15.00	30.00	1.88	Sim
C48	4	1	7	15	12	15	19	3.00	12.00	1.71	Sim
C49	4	1	8	15	11	12	17	2.75	11.00	1.38	Sim
C50	4	1	8	35	28	1	20	7.00	28.00	3.50	Sim
C51	3	0	7	30	25	8	19	8.33	Sem AS	3.57	Sim
C52	2	1	9	nr	nr	10	21	nr	nr	nr	Sim
C53	2	1	7	11	7	1	12	3.50	7.00	1.00	Não
C54	3	1	12	18	17	1	14	5.67	17.00	1.42	Não
C55	3	2	6	20	37	12	34	12.33	18.50	6.17	Sim
C56	3	0	12	nr	19	1	18	6.33	nr	1.58	Não
C57	6	2	13	18	18	14	17	3.00	9.00	1.38	Sim
C58	3	1	9	12	12	13	19	4.00	12.00	1.33	Sim

ANEXO D - Caracterização das Crianças e Jovens acolhidas, com Problemas de Saúde Mental

	N.º C/J com probl. SM	N.º C/J com diagn.	Até 6 anos	7-12 anos	13-16 anos	17-18 anos	+ 18 anos	Sexo Fem	Sexo Mas
C2	6	2	0	0	3	3	0	6	0
C3	3	3	1	2	0	0	0	0	3
C4	5	5	nr	nr	nr	Nr	Nr	2	3
C5	12	8	0	2	6	1	3	12	0
C6	4	4	0	2	2	0	0	1	3
C7	11	6	0	0	11	0	0	11	0
C8	2	2	0	0	2	0	0	0	2
C9	11	0	0	0	5	6	0	11	0
C10	24	20	0	0	18	2	0	0	20
C11	9	4	0	0	4	5	0	0	9
C12	1	1	0	0	1	0	0	1	0
C13	2	2	0	0	2	0	0	0	2
C14	7	6	0	0	7	0	0	7	0
C15	7	7	2	5	0	0	0	3	4
C16	4	0	1	1	2	0	0	2	2
C17	2	2	0	1	1	0	0	0	2
C18	3	1	2	1	0	0	0	1	2
C19	1	1	0	1	0	0	0	1	0
C20	25	17	0	0	18	7	0	0	25
C21	2	2	0	0	2	0	0	1	1
C22	13	13	0	3	8	1	1	4	9
C23	5	5	0	2	2	1	0	1	4
C24	14	1	1	4	8	1	0	2	12
C25	13	13	0	0	8	4	1	4	9
C26	8	8	0	0	0	8	0	0	8
C27	10	5	0	0	5	0	0	0	10

Caracterização das Crianças e Jovens acolhidas, com Problemas de Saúde Mental (continuação)

	N.º C/J com probl. SM	N.º C/J com diagn.	Até 6 anos	7-12 anos	13-16 anos	17-18 anos	+ 18 anos	Sexo Fem	Sexo Mas
C28	3	3	0	1	2	0	0	0	3
C29	8	6	0	0	0	7	1	0	8
C30	3	3	0	0	1	2	0	3	0
C31	5	2	0	0	1	0	4	5	0
C32	2	2	0	1	1	0	0	0	2
C33	3	Nr	nr	Nr	nr	nr	Nr	nr	Nr
C34	6	4	1	3	2	0	0	2	4
C35	2	1	0	1	1	0	0	1	1
C36	12	5	0	0	5	6	1	12	0
C37	5	4	0	0	0	4	0	2	3
C39	1	1	0	1	0	0	0	1	0
C40	4	4	0	4	0	0	0	1	3
C42	4	0	0	1	3	0	0	4	0
C43	7	7	0	2	4	1	0	0	7
C44	16	16	1	2	10	2	1	16	0
C45	9	9	0	11	6	2	0	4	16
C46	5	4	0	1	4	0	0	0	5
C47	6	2	0	6	0	0	0	2	4
C48	4	3	0	0	2	2	0	0	4
C49	4	1	0	0	2	2	0	4	0
C50	14	12	2	0	4	3	3	14	0
C51	6	2	0	0	3	3	0	2	4
C52	11	11	0	2	4	5	0	11	0
C55	10	10	0	0	1	2	7	0	10
C57	18	18	0	0	14	4	0	18	0
C58	9	9	0	0	6	3	0	5	4

ANEXO E - Análise Categrorial - Dificuldades das Casas de Acolhimento no Acolhimento de Crianças e Jovens com Problemas de Saúde Mental

Temas	Categorias	Frequências		
Recursos Económicos	Insuficiência	1 (C11); 1 (C20)	2	2
Recursos Humanos	Insuficiência	1 (C6); 1 (C11); 1 (C16); 1 (29); 1 (C36); 1 (40)	6	23
	Formação Especializada	1 (C11); 1 (C13); 1 (C16); 1 (C17); 1 (C18); 1 (C20); 1 (C29); 1 (C32); 1 (C35); 1 (C37); 1 (C41); 1 (C46); 1 (C49); 1 (C50); 1 (C52); 1 (C58)	16	
	Falta Supervisão Técnica	1 (C11)	1	
Recursos Terapêuticos	Insuficiência	1 (C6); 1 (C11); 1 (C12); 1 (C25); 1 (C46); 1 (C47)	6	8
	Intervenção	1 (C7); 1 (C50)	2	
Espaço Físico	Espaço Físico	1 (C8); 1 (C20); 1 (C35)	3	7
	Pouco contentor	1 (C36); 1 (C52)	2	
	Falta de áreas destinadas à contenção	1 (C40)	1	
	Dificulta em intervenção em crise	1 (C19)	1	
Crianças e Jovens	Deficiente acompanhamento Individualizado	1 (C11); 1 (C15); 1 (C18); 1 (C36); 1 (C40); 1 (C58)	6	17
	Elevado n.º de Crianças/Jovens	1 (C18); 1 (C20)	2	
	Exposição/risco a outras crianças/jovens (situações crise)	1 (C19); 1 (C24); 1 (C40); 1 (C41)	4	
	Dificuldade de relação com pares e adultos	1 (C25); 1 (C48)	2	
	Heterogeneidade de idade e nível de desenvolvimento	1 (C29); 1 (C41)	2	
	Integração/Atividades em grupos com estas e outras problemáticas	1 (C44)	1	
Escola/comunidade	Dificuldade integração	1 (C11); 1 (C21)	2	7
	Insuficiência de respostas formativas	1 (C11); 1 (C46); 1 (C52)	3	
	Estigmatização	1 (C11); 1 (C21)	2	

ANEXO F - Análise Categorical - Opinião das Casas de Acolhimento relativamente à aplicação do Modelo de Intervenção Terapêutico

Temas	Categorias	Frequências		
Implementação	Início de aplicação - sem resultados	1 (C6); 1 (C23)	1	8
	Bem pensada e estruturada mas defice de recursos humanos e tecnicos especializados	1 (C24); 1 (C35)	2	
	Prolongada	1 (C25)	1	
	Funciona parcialmente tendo que ser ajustado conforme os casos.	1 (C26); 1 (C43); 1 (C46)	3	
	Efetiva a médio-longo prazo	1 (C25)	1	
Recursos Humanos	Melhorias no funcionamento	1 (C19)	1	2
	Formações contínuas especializadas a todos os elementos da instituição	1 (C57)	1	
Intervenção	A mais adequada	1 (C2); 1 (C4); 1 (C22); 1 (C44)	4	16
	Eficaz	1 (C5); 1 (C32)	2	
	Estratégias bem definidas	1 (C10)	1	
	Estruturante / rotinas	1 (C10); 1 (C40)	2	
	Exigente	1 (C14); 1 (C39)	2	
	Difícil de Implementar	1 (C14); 1 (C35)	2	
	Intervenção individualizada e adaptável	1 (C18); 1 (C29)	2	
	Psico-Educativa e terapêuticas farmacológicas com melhorias significativas nos comportamentos	1 (C55)	1	
Crianças e Jovens	Grupos mais pequenos	1 (C5)	1	9
	Acompanhamento familiar	1 (C5)	1	
	Mais apoiados e integração mais adequada	1 (C44)	1	
	PSEI adequados às necessidades de cada criança/jovem	1 (C18); 1 (C46); 1 (C48); 1 (C49)	4	
	Privilegiado o momento individual com cada criança (mas ainda pouco frequente e regular / excesso de crianças)	1 (C18)	1	
	Bons resultados para a criança	1 (C39)	1	

ANEXO G - Análise Categorial - Dificuldades das Casas de Acolhimento na implementação do Modelo de Intervenção Terapêutico

Temas	Categorias	Frequências		
Espaço Físico	Espaço Físico	1 (C20); 1 (C51)	2	2
Recursos Económicos	Falta de Recursos Económicos	1 (C11); 1 (C20)	2	2
Recursos Humanos	Falta de Formação Específica	1 (C7); 1 (C8); 1(C11); 1 (C13); 1 (C15); 1 (C16); 1 (C17); 1 (C20); 1 (C28); 1 (C29); 1 (C35); 1 (C38); 1 (C51)	13	18
	Resistência à Mudança	1 (C11)	1	
	Falta de Recursos Humanos	1 (C11); 1 (C43); 1 (C45)	3	
	Falta de Supervisão Técnica Exterior	1 (C11)	1	
Modelo de Intervenção	Intervenção Familiar	1 (C9); 1(C12)	2	5
	Individualização da intervenção	1 (C35)	1	
	Intencionalidade da intervenção	1 (C35)	1	
	Falta de continuidade ao longo do tempo	1 (C37)	1	
Crianças e Jovens	Diferentes perfis e problemáticas	1 (C11); 1 (C43); 1 (C45)	3	4
	Número de Crianças e Jovens	1 (C20)	1	
Comunidade	Diferentes expectativas entre o que deve ser o acolhimento e o paradigma terapêutico	1 (C11)	1	1

ANEXO H - Análise Categrorial - Sugestões de Melhoria para o Acolhimento Residencial com Crianças/Jovens com Problemas Saúde Mental

Temas	Categorias	Frequências		
Supervisão	Mais clinica e menos social	1 (C3)	1	3
	Mais regular	1 (C11); 1 (C39)	2	
Recursos Humanos	Menos Técnicos Superiores	1 (C4)	1	33
	Menos rotatividade dos Recursos Humanos	1 (C34)	1	
	Mais recursos humanos especializados	1 (C6); 1 (C9); 1 (C10); 1 (C20); 1 (C24); 1 (C28); 1 (C31); 1 (C32); 1 (C34); 1 (C35); 1 (C36); 1 (C46); 1 (C58)	13	
	Mais Formação Recursos Humanos contínua	1 (C13); 1 (C17); 1 (C18); 1 (C24); 1 (C28); 1 (C36); 1 (C39); 1 (C40); 1 (C55); 1 (C57); 1 (C58)	11	
	Mais Oferta Formativa especializada	1 (C15); 1 (C16); 1 (C27)	3	
	Equipa Técnica multidisciplinar	1 (C7); 1(C35)	2	
	Integração de Pedopsiquiatria na Equipa	1 (C11)	1	
	Integração de Professores na Equipa	1 (C11)	1	
Recursos Terapêuticos	Mais recursos especializados na comunidade	1 (C6); 1 (C8); 1 (C32); 1 (C43)	4	19
	Maior número e qualidade de respostas na área da Saúde mental ao nível do SNS	1 (C11); 1 (30)	2	
	Saúde (nomeadamente saúde mental) integrada no sistema de acolhimento	1 (C18); 1 (C29); 1 (C48); 1 (C51)	4	
	Maior precocidade na sinalização da problemática	1 (C14)	1	
	Celeridade e mais regularidade na resposta da área clinica da Saúde Mental	1 (C14); 1 (C26); 1 (C30); 1 (C32); 1(C49); 1 (C58)	6	
	Maior articulação com os serviços de Saúde Mental	1 (C12); 1 (C30)	2	
Modelo de Acolhimento	Especialização do acolhimento	1 (C11); 1 (C18); 1 (C25); 1 (C45); 1 (C58)	5	10
	Constante autoavaliação	1 (C57)	1	
	Mudança de paradigma de intervenção	1 (C47)	1	
	Análise pormenorizada dos processos das crianças/jovens, previamente ao acolhimento em casa de acolhimento	1 (C27)	1	
	Implementação do Modelo Terapêutico	1 (C11)	1	
	Criação de unidades de acolhimento especializadas, abaixo dos 12 anos	1 (C19)	1	

ANEXO H - Análise Categorical - Sugestões de Melhoria para o Acolhimento Residencial com Crianças/Jovens com Problemas Saúde Mental (Continuação)

Temas	Categorias	Frequências		
Escola	Adequação do currículos escolares	1 (C11)	1	3
	Formação dos professores sobre a problemática	1 (C11)	1	
	Escolas especializadas com intervenção terapêutica	1 (C39)	1	
Famílias	Intervenção mais especializada, individualizada e mais sistêmica	1 (C22)	1	2
	Manter crianças com as famílias e com acompanhamento próximo de equipas especializadas e terapêuticas	1 (C43)	1	
Apoio Estatal	Reforço da verba por criança/jovem acolhidos com esta problemática	1 (C55)	1	1
Crianças e Jovens	Diminuir a disparidade de idades no grupo de crianças e jovens	1 (C16)	1	7
	Cuidado individualizado e adaptado às necessidades	1 (C34); 1 (C35); 1 (C44); 1 (C57)	4	
	Redução do número de crianças	1 (C35); 1 (C40)	2	
Espaço Físico	Casas com espaços físicos airosos e sem riscos	1 (C16); 1 (C44)	2	3
	Casas contentoras	1 (C35)	1	
Comunidade	Estabelecimento de parcerias para integração de crianças/jovens	1 (C40)	1	1

