

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Os problemas de comportamento das crianças nos Centros de Acolhimento
Temporário: um contributo para a compreensão da realidade portuguesa**

Inês Carvalhal Ferreira Amaral

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientador:

Professora Doutora Paula Cristina Marques Martins, Professora Auxiliar

Universidade do Minho

Setembro, 2010

A todas as crianças em acolhimento,
em especial às crianças da Casa da Criança de Tires.

Agradecimentos

Um projecto concretizado apoia-se em pilares, alicerces e materiais necessários e exclusivos, sem os quais a obra permanece incompleta. Por isso, expresso a minha gratidão:

A todos os Centros de Acolhimento Temporário que acreditaram neste estudo e escolheram oferecer uma fracção do seu tempo, tão importante, para participarem e pensarem em conjunto, nas crianças e nas suas necessidades.

À minha orientadora, Professora Paula Martins, pelo rigor e exigência com que brindou este trabalho, acreditando nas possibilidades e encorajando o seu desenvolvimento.

À Professora Carla Moleiro pelos infindos esclarecimentos e, principalmente, por ter estado sempre presente com uma palavra de incentivo nos momentos de dúvida e contratempo.

À Professora Celeste Simões, cuja presença pontual tornou-se essencial.

A todos os membros da CPCJ de Oeiras, e em especial a cada um, pela partilha e aprendizagem construídas, momentos de sofrimento e de alegria perante as possibilidades ou contrariedades no caminho desafiante que é promover os direitos das nossas crianças.

À Luísa Costa, pela partilha e incentivo, numa postura pedagógica temperada com um toque maternal, de segurança e carinho.

À Luísa Carvalho pela compreensão e disponibilidade constantes num percurso marcado por um denominador comum – a psicomotricidade na MOPSI.

Aos meus colegas e professor da terapia familiar, com quem as discussões e aprendizagens têm permitido compreender de outro modo a realidade em geral, numa construção mais rica e sistemicamente valorizada.

Aos meus colegas do mestrado em psicologia comunitária, pela compreensão e identificação, essenciais na luta contra a solidão, neste processo de investigação.

À Dr.^a Henriqueta pelos momentos de escuta e de descoberta num movimento relacional marcado pela presença e continuidade.

À Ana Maria pela preocupação e amizade que acompanharam um percurso académico e mantiveram-se na continuidade de uma história pessoal.

A todos os meus queridos amigos, com especial atenção à Ana, amiga de sempre, e ao Hugo que mergulharam comigo em discussões e tertúlias com resultados mágicos.

À minha família, sempre atenta, com especial atenção ao meus pais que compuserem o enquadramento para que fosse possível este projecto.

E especialmente, ao Paixão, por tudo e muito mais, sem o qual este trabalho não teria sido possível. A minha eterna gratidão, juntamente com a minha eterna presença.

Resumo

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

A caracterização do universo de crianças em acolhimento institucional com problemas de comportamento pode contribuir para uma reflexão sobre sugestões de intervenção para estas crianças e respectivas famílias prevenindo, assim, acolhimentos disruptivos.

Nesse sentido, o presente estudo foca-se na análise da prevalência de problemas de comportamento em crianças, com idades compreendidas entre os seis e os 11 anos, que estejam inseridas em CATs no território nacional. Pretende-se, igualmente, identificar e caracterizar os tipos de respostas proporcionados pelos CAT para lidar com esta problemática. Para tal, foi elaborado um questionário e remetido para um grupo de CATs, previamente seleccionados.

A análise dos resultados permitiu compreender mais aprofundadamente o perfil comportamental das crianças em acolhimento institucional temporário. A maioria dos CATs analisados acolhe crianças com expressões de problemas relacionadas com comportamento de oposição, de agressividade, anti-social e desviante. Alguns CATs referem não ter qualquer forma de intervenção específica para os problemas de comportamento mencionados.

Neste estudo foi possível identificar as limitações das equipas que constituem os CATs inquiridos e enquadrar as suas principais necessidades. A concretização atempada e consistente dos projectos de vida das crianças constitui a principal preocupação destas equipas.

Palavras-chave: crianças institucionalizadas, centros de acolhimento temporário, problemas de comportamento, intervenção terapêutica.

Classificação da presente tese de acordo com o *PsycINFO Classification Categories and Codes (American Psychological Association)*:

2956 – Educação Parental e Cuidados de Infância;

3230 – Perturbações do Comportamento e Comportamento Anti-Social.

Abstract

The Portuguese Act for the Protection of Children and Young People in Danger provide for Specialized Foster Institutions. Nevertheless, most Short-Term Institutional Care (STIC) and Residential Care for Children and Young People are unable to adequately meet the needs of children with emotional disturbances, namely with behaviour problems, since they seldom have resources and technical professionals to plan and implement interventions within that scope.

The characterization of the universe of children with behaviour problems in foster care may contribute to the discussion about suggestions for intervention with these children and their families, and thus, preventing placement disruption.

To that aim, the present study focuses on the analysis of the prevalence of behaviour problems in children, aged between six and 11 years, fostered by STIC in Portugal. This study also aims at identifying and characterizing the types of responses provided by STIC to deal with such problems. To that end, a survey was carried out to a group of previously selected foster care centres.

The analysis of the results allowed to further understand the behavioural profile of children in STIC. Most inquired institutions foster children with symptoms related to oppositional, aggression, antisocial and deviant behaviour problems. Some institutions report not having any means of intervention regarding the above behaviour problems.

In this study the limitations of the STIC's technical teams are identified and the context of their main needs is described. The consistent and timely delivery of the children life projects is the main concern of these teams.

Keywords: institutionalized children, short-time institutional care, behaviour problems, therapeutic intervention.

Classification of the thesis according to the PsycINFO Classification Categories and Codes (American Psychological Association):

2956 – Childrearing & Child Care;

3230 – Behavior Disorders & Antisocial Behavior.

Índice

INTRODUÇÃO	1
1 PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	4
1.1 Definição	4
1.1.1 Conceitos relacionados	4
1.1.2 Modelo comportamental na definição dos problemas de comportamento	7
1.1.3 Modelo cognitivo na definição dos problemas de comportamento	8
1.1.4 Modelo sistémico na definição dos problemas de comportamento	9
1.1.5 Modelo psicanalítico na definição dos problemas de comportamento	10
1.1.6 Modelo médico na definição dos problemas de comportamento.....	11
1.1.7 Síntese	14
1.2 Condicionantes implicadas no desenvolvimento dos problemas de comportamento ...	15
1.2.1 Factores individuais	15
1.2.2 Factores familiares	16
1.2.3 Factores ambientais.....	18
1.2.4 Consequências.....	18
1.3 Prevalência dos problemas de comportamento na infância	18
1.4 Problemas de comportamento nas crianças e jovens em risco/ perigo	19
2 INTERVENÇÃO NOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	21
2.1 Programas universais.....	22
2.2 Programas selectivos	23
2.3 Programas indicados	23
2.3.1 Terapia comportamental	24
2.3.2 Terapia cognitiva.....	25
2.3.3 Terapia familiar.....	26
2.3.4 Terapia psicanalítica	26
2.3.5 Terapia psicofarmacológica	27
2.3.6 Síntese	27
3 FORMAS DE INTERVENÇÃO E ORIENTAÇÕES GERAIS NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: A REALIDADE DE OUTROS PAÍSES	28
4 INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO/ PERIGO EM PORTUGAL	32
4.1 Enquadramento sociolegal	32

4.2	Acolhimento institucional em Portugal.....	34
4.3	Características das crianças/jovens em acolhimento institucional.....	36
4.4	Intervenção com crianças e jovens em acolhimento institucional	37
5	ESTUDO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CENTROS DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO	41
5.1	Introdução.....	41
5.2	Objectivos e método.....	43
5.2.1	Objectivos	43
5.2.2	Método	43
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
6.1	Caracterização dos problemas de comportamento.....	54
6.1.1	As formas de expressão dos problemas de comportamento	54
6.1.2	As dimensões de problemas de comportamento	60
6.1.3	O índice global dos problemas de comportamento.....	64
6.2	Caracterização da intervenção técnica desenvolvida pelos CATs da amostra, em relação aos problemas de comportamento	65
6.2.1	Composição das equipas técnicas	65
6.2.2	Formas de intervenção nos CATs	67
6.3	Relação entre as formas de intervenção utilizadas nos CAT e os problemas de comportamento.....	70
6.4	Caracterização da abordagem dos CAT face aos problemas de comportamento	74
6.4.1	Dificuldades e fragilidades de intervenção reportadas.....	74
6.4.2	Sugestões de melhoria da intervenção	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXOS	95

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição geográfica dos CATs nacionais: CATs constituintes da amostra do estudo (a vermelho), CATs seleccionados que não participaram no estudo (a azul) e CATs não seleccionados (a verde).	45
Figura 2 – Número de questionários enviados e recebidos para os CAT, em função da forma de envio do questionário.....	53
Figura 3 – Número de crianças que não apresentam nenhum item ou que apresentam pelo menos um item relativo a uma, duas, três, quatro ou cinco dimensões de problemas de comportamento (n=323).....	58
Figura 4 – Valores médios das cinco dimensões, por região.	62
Figura 5 – Distribuição das áreas de formação por equipa técnica nos CAT (n=53).	66
Figura 6 – Distribuição das áreas de formação por equipa técnica nos CAT (n=53).	67

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos CATs.	46
Quadro 2 – Distribuição das componentes de formação das equipas técnicas dos CATs analisados.	48
Quadro 3 – Caracterização da Amostra das Crianças.	48
Quadro 4 – Categorias do questionário e respectivas fontes.	50
Quadro 5 – Percentagens e frequências relativas às formas de expressão de problemas de comportamento nas crianças em CAT (n=323).....	55
Quadro 6 – Frequências e percentagens relativas às crianças que apresentam itens assinalados consoante os comportamentos.....	57
Quadro 7 – Tabela de referências cruzadas relativa aos cinco problemas de comportamento (n=323).	58
Quadro 8 – Frequências e percentagens das crianças que não apresentam problemas de comportamento assinalados ou que apresentam pelo menos um comportamento assinalado.	59
Quadro 9 – Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> e valores α de <i>Croanbach</i> para as cinco dimensões.	60
Quadro 10 – Frequências, médias e valores do <i>t-test</i> referentes às cinco IDIMs, tendo em conta o sexo e a idade das crianças da amostra.	62

Quadro 11 – Valores médios de IPC por idade (n=252).....	64
Quadro 12 –Valores médios de IPC por sexo (n=245).....	65
Quadro 13 – Incidência dos tipos de intervenção técnica no número total de CATs analisados.	68
Quadro 14 – Tabela de referências cruzadas das formas de intervenção com respectivas percentagens (n=53).	69
Quadro 15 – Tipos de intervenção técnica desenvolvidos pelos CAT tendo em conta as cinco dimensões dos problemas de comportamento.....	71
Quadro 16 – As formas de intervenção dos CATs em função dos problemas de comportamento (n=53).	73
Quadro 17 – Correlação entre os problemas de comportamento (IPC) e as intervenções disponibilizadas nos CAT.	74
Quadro 18 – Categorias e subcategorias das respostas dos CATs relativas à dificuldade em actuar nos problemas de comportamento (n=46).	75
Quadro 19 – Categorias e subcategorias das respostas dos CATs relativas à forma como podem melhorar a sua intervenção nos problemas de comportamento (n=51).....	77

INTRODUÇÃO

“*Porque é que o Diogo está sempre tão agitado?*”, pergunta uma criança numa sessão de psicoterapia de grupo para crianças com problemas de comportamento. Numa fase avançada deste percurso terapêutico, esta criança consegue identificar o sintoma de incapacidade de contenção do impulso de agir, bem como o sentimento interno de sofrimento e vulnerabilidade. Existem, contudo, muitas crianças que para além de agirem compulsivamente 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 & Amaral, 2010).

Numa altura em que se valoriza o olhar atento sobre cada criança, os problemas de comportamento têm ocupado uma posição de destaque, não só pelas consequências visíveis e sentidas nos vários sistemas que integram a criança, mas também pela projecção futura de um percurso fortemente marcado por dificuldades na identidade individual e social. De facto, os problemas de comportamento nas crianças constituem, actualmente, uma preocupação para a sociedade, que é responsável por proteger e responder às suas necessidades, de forma oportuna, num ciclo recíproco de crescimento e desenvolvimento, onde crescem preocupações relacionadas com custos sociais agravados por comportamentos desviantes na adolescência, que não foram alvo, muitas vezes, da devida intervenção.

A opção pelo estudo dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças em acolhimento institucional baseou-se num desejo posterior de concretização prática, nomeadamente, através do planeamento de um projecto de intervenção na área da psicomotricidade. A experiência terapêutica inicial com crianças com problemas de comportamento condicionou um olhar mais atento perante esta realidade consubstanciando-se, mais tarde, com a experiência na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e, actualmente, na realidade dos Centros de Acolhimento Temporário.

Nas CPCJ tem sido possível observar os pais que, desesperadamente, recorrem a este serviço como se tivessem esgotado as suas possibilidades para com os seus filhos, descrevendo-os num ímpeto de emoções como: “mal comportados”, “impossíveis de aturar”, “sem regras”, “sem limites”, “que batem e destroem”, num movimento incessante de revolta destrutiva. Por sua vez, as escolas reforçam cada vez mais as suas sinalizações com situações de indisciplina, falta de limites, agressividade, furtos, fugas e outras tantas características que fazem antever um percurso provável de delinquência juvenil. Também nas instituições de acolhimento de crianças e jovens sobressaem os dados que parecem traduzir a desorganização

interna das crianças que se exprimem impulsivamente, emergindo uma preocupação acrescida nas equipas técnicas que procuram recursos, nem sempre existentes. Por sua vez, a prática clínica indicia o crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa (Benavente, 2001; Carvalho, 2009; Goldschmidt, 2009) e, conseqüentemente, entre as crianças e jovens institucionalizados (Instituto de Segurança Social, 2010).

Para estas crianças, e para outras cujos problemas socioemocionais predominam e interferem significativamente no seu quotidiano impossibilitando um desenvolvimento saudável, as medidas de promoção e protecção existentes, actualmente, não conseguem responder adequadamente às suas necessidades. Apesar de a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) prever o Acolhimento Institucional Especializado (art. 34º da Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro), a maioria dos Centros de Acolhimento Temporário (CAT) e Lares de Infância e Juventude (LIJ) não consegue dar resposta às necessidades de crianças com perturbações emocionais graves, pois não têm uma estrutura suficientemente consistente nem recursos técnico-profissionais especializados para programar e implementar uma intervenção com estes contornos.

Este é um dos motivos pelos quais as crianças em acolhimento, e os seus direitos, deverão constituir um foco de incidência de investigações que visam uma melhoria da sua qualidade de vida e, sobretudo, uma articulação entre as suas necessidades emocionais mais emergentes e uma intervenção adequada.

Os problemas de comportamento da criança podem ser uma das causas para o seu acolhimento, mas também se constituem como uma consequência inerente a este processo. As crianças acolhidas, com um historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, apresentam maior dificuldade em serem reinseridas nas suas famílias (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), prolongando um compasso de espera que se mantém bloqueado face à dificuldade nas respostas de intervenção.

Tendo em conta o universo tão abrangente de crianças e jovens em acolhimento torna-se essencial caracterizá-lo, para poder programar uma intervenção objectiva e adaptada a cada criança. Deste modo, este estudo foca-se na detecção da prevalência de problemas de comportamento em crianças, com idades compreendidas entre os seis e os 11 anos, que estejam inseridas em CAT.

A concretização deste estudo compreendeu quatro fases. A **primeira fase** será dedicada à revisão da literatura, com especial enfoque no enquadramento dos problemas de comportamentos na população infantil em geral, na população de crianças e jovens em risco

psicossocial e, mais concretamente, na população infantil em acolhimento institucional. A **segunda fase** será dedicada à identificação e análise de instrumentos usados habitualmente na avaliação de problemas de comportamento em crianças. A **terceira fase** consistirá na elaboração de um questionário de identificação e caracterização dos problemas de comportamento nas crianças em acolhimento institucional temporário, bem como dos tipos de intervenção técnica mobilizados por estes contextos de colocação. Na **quarta e última fase** pretende-se determinar a prevalência de problemas de comportamento nas crianças inseridas em CAT, a nível nacional, e avaliar a existência e o tipo de respostas especializadas nos CATs, para estas crianças.

1 PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

1.1 Definição

O conceito de problemas de comportamento reveste-se de uma variedade de definições que poderão comprometer uma compreensão mais objectiva com implicações, quer na análise do comportamento, quer na determinação da intervenção mais adequada para um conjunto de características. Existe, contudo, um consenso generalizado entre os vários autores que apontam para os problemas de comportamento como o resultado de um **desvio do comportamento social** (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Marcelli, 2005; Pires, 2003), onde se incluem os comportamentos hiperactivos, agressivos e impulsivos (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Este desvio do comportamento social é, de acordo com a perspectiva clínica, uma alteração do comportamento, que fica perturbado e assim distinto do predominantemente presente num determinado contexto social, sendo a causa deste desvio atribuída ao funcionamento interno da criança, que pressupõe uma descontinuidade entre o comportamento dito normal e patológico (Hinshaw, Lahey, & Hart, 1993).

Apesar da ideia generalizada de desvio comportamental na base da definição dos problemas de comportamento, existem várias denominações que são utilizadas com significados semelhantes e em contextos convergentes, tais como: *alterações do comportamento* (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991; Goldschmidt, 2009; Strecht, 2008), *comportamento externalizado* (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005), *comportamento agressivo* (Osofsky, 1995), *comportamento desviante* (Pacheco, et al., 2005), *comportamento delinquente* (Farrington, 1995), *comportamento anti-social* (Patterson, Reid, & Dishion, 1992), *perturbação do comportamento* e *perturbação de oposição* (APA, 2000).

Este capítulo tem como principal objectivo apresentar e definir estes conceitos de forma a clarificar e delimitar o seu âmbito de aplicabilidade, bem como contribuir para o esclarecimento das relações presentes entre estes.

1.1.1 Conceitos relacionados

Os **problemas de externalização** são evocados muitas vezes como sinónimos dos problemas de comportamento e pressupõem comportamentos de agressividade, impulsividade, delinquência, dificuldade no cumprimento das regras sociais, mentira e actos criminosos, ao passo que, os problemas de internalização se relacionam com sintomas de

depressão, ansiedade, evitamento social e queixas somáticas (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Pacheco, et al., 2005). De acordo com esta classificação, as **alterações de comportamento** pressupõem um desvio do comportamento social em que as manifestações comportamentais podem ser dirigidas para o exterior (comportamento externalizado) ou para sinais emocionais internos (comportamento internalizado).

Uma das características presente, e facilmente identificada, nos comportamentos externalizados é o comportamento agressivo. De uma forma geral, coexistem factores sociais, emocionais e cognitivos na predisposição do comportamento agressivo que, invariavelmente, envolve uma expressão emocional desadequada na relação interpessoal (Matos, 1998).

O **comportamento agressivo** pode caracterizar-se como uma forma predominante de expressão das emoções incompatível com a manifestação de empatia com os outros, bem como com outros modos adaptativos de funcionamento, tendo em conta os modelos relacionais experienciados. Estes modelos relacionam-se com o convívio diário com formas de violência quotidiana, como violência doméstica ou exposição a modelos de comportamento desviante, que contribuem para a perda de sensibilidade emocional face à agressividade, o que a torna numa forma recorrente de relacionamento. Existe uma progressiva incorporação da agressividade no contexto cultural imediato, assim como uma reacção natural a situações que têm por base a agressividade, desvalorizando-se e assimilando-se progressivamente esta forma de relacionamento (Osofsky, 1995).

A agressividade pode estar presente no comportamento da criança quando existem excessivas experiências de frustração, carência afectiva ou desorganização nas relações precoces: desta forma, a criança não consegue expressar-se de forma saudável, apresentando consequentemente alterações do seu comportamento que prejudicam as suas relações interpessoais (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

Se o comportamento social incorpora acções, atitudes e pensamentos de um indivíduo na relação consigo próprio, com o outro e com a sociedade que o envolve (Matos, 1998), pressupomos que o **comportamento anti-social** tem subjacente determinadas interacções que condicionam negativamente a relação intra e interpessoal. Este conceito tem sido utilizado na literatura para descrever um padrão de comportamento com uma série de características tais como: desobediência, oposição, temperamento exaltado, dificuldade no controlo de impulsos, roubos, fugas e agressividade (Pacheco, et al., 2005). O comportamento anti-social consiste numa forma de relacionamento com o ambiente, habitualmente caracterizada pela confrontação. Deste modo, as crianças e jovens utilizam os seus comportamentos anti-sociais

para manipular quem os rodeia, transformando este padrão de relacionamento na sua forma recorrente de interagir com o outro (Patterson, et al., 1992).

Tal como o comportamento agressivo, o comportamento anti-social na infância pode ser indicador de comportamento desviante ou delinquente na adolescência (Pacheco, et al., 2005), motivo pelo qual este comportamento deve ser analisado e objecto de intervenção precoce.

O **comportamento desviante** consiste numa forma de comportamento externalizado, que é muitas vezes evocado e utilizado para descrever características dos problemas de comportamento. Se nos debruçarmos sobre a necessidade de organização e estruturação da sociedade percebemos que todos os grupos sociais compõem regras e utilizam mecanismos para possibilitar a sua concretização. Estas regras não são mais do que definições de situações sociais e de formas como nos devemos comportar perante essas mesmas situações. Perante estas regras, surgem acções que se podem enquadrar nos princípios definidos, ou pelo contrário, transgredir as indicações subjacentes e, conseqüentemente, configurar um comportamento desviante (Queloz, 1994).

Os comportamentos desviantes surgem a partir de uma descontinuidade entre o que é definido a partir da cultura de uma determinada sociedade e a capacidade existente para enquadrar os objectos definidos como socialmente aceites, o que provoca, muitas vezes, situações de desequilíbrio ou conflitualidade (Sebastião, 1995).

Assim, quando se aborda o conceito de “desvio” faz-se referência à infracção das normas de um grupo, que podem estar ou não formalizadas por uma lei (Schaeffer, 2006). Desta forma, pode definir-se o comportamento desviante como uma violação de normas ou expectativas socialmente definidas. Normalmente, os comportamentos de transgressão provocam nos outros um sentimento de reprovação, indignação e desvalorização (Queloz, 1994). São exemplos de comportamentos desviantes a auto-exclusão dos sistemas formais de educação, a vivência nas ruas, o vandalismo, o furto e a corrupção que aumentam, conseqüentemente, o risco de desadaptação social (Benavente, 2001; Sebastião, 1995).

Os comportamentos desviantes relacionam-se com os problemas de comportamento na medida em que podem ser considerados como uma característica destes. Quanto mais prematuro for o aparecimento dos comportamentos desviantes, maior gravidade terão os problemas de comportamento (Pacheco, et al., 2005).

O **comportamento delinquente**, por sua vez, pressupõe uma continuidade dos comportamentos agressivos e desviantes, ou seja, existe um agravamento do padrão anti-social (Farrington, 1995). Ao longo de um percurso de delinquência, as infracções e delitos prevalecem como forma de relação com a sociedade, existindo um papel social que se torna

preponderante e crescente, sendo imposta, gradualmente, pela sociedade uma consciência deste papel de delinquente que se enraíza e permanece numa forma de estar (Smith, 1999).

De uma forma geral, a delinquência juvenil diz respeito às infracções criminais que ocorrem na infância e adolescência, e que pressupõem comportamentos desviantes e desajustados do contexto psicossocial do grupo etário a que pertencem. Estas infracções podem ser cometidas como resultado de uma pressão do grupo, nomeadamente para salvaguardar o sentimento de pertença e a socialização grupal (Ferreira, 1997), existindo assim um permanente desafio fomentado pelo poder de estar acima da lei e de pertencer a um grupo com objectivos semelhantes.

Tendo em conta uma perspectiva cultural, o comportamento delinquente pode ser descrito como uma estratégia para enfrentar os problemas de adaptação social, consequência de uma organização social e cultural que compõe a estrutura do sistema global, que cria assim uma subcultura delinquente (Cohen, 1971 citado por Lisboa, 2008). Estes comportamentos delinquentes desafiam os valores institucionais e sociais, caracterizando várias formas de criminalidade, como roubo, agressão, extorsão, tráfico, abuso de álcool e o consumo de substâncias ilícitas (Ferreira, 1997).

Serão apresentadas, de seguida, algumas definições do conceito de problemas de comportamento, de acordo com os seguintes modelos: comportamental, cognitivo, sistémico, psicanalítico e médico, promovendo, deste modo, uma compreensão mais integrada e multidimensional dos problemas de comportamento, de acordo com as várias perspectivas.

1.1.2 Modelo comportamental na definição dos problemas de comportamento

De acordo com a teoria da aprendizagem social estas crianças aprendem, através da imitação, a responder a estímulos inquietantes com comportamentos também agressivos o que, posteriormente, irá condicionar as interacções sociais com os pares e outros adultos (Azevedo & Maia, 2006). Este modelo é baseado nas teorias da aprendizagem social que têm a sua origem no comportamentalismo que nos diz que, em situações sociais, aprendemos especialmente através da imitação, observação e reprodução do comportamento dos outros, ou seja, grande parte das nossas aprendizagens efectua-se através da observação dos modelos sociais existentes e com os quais interagimos (González-Pérez & Criado, 2003)

Os teóricos do modelo comportamental referem que as interacções diárias entre a criança, com problemas de comportamento, e os seus pais, professores e pares mantêm e reforçam os comportamentos agressivos e anti-sociais (Dodge, 1980; Patterson, 1982). Este processo consubstancia-se através de reforço negativo involuntário utilizado na sequência de um

comportamento desviante. Gera-se, deste modo, um ciclo que promove e mantém o comportamento da criança e do adulto de referência. Um exemplo de uma situação relacionada com o reforço negativo consiste na interrupção de um evento desagradável para a criança – como uma discussão entre os pais – devido a um comportamento, como bater no irmão. Quando existem sequências de situações como esta, em que a criança aprende que comportamentos problemáticos são eficazes na interrupção de comportamentos indesejáveis, existe um predomínio dos reforços negativos sobre os positivos, logo as competências sociais da criança vão ficando comprometidas e, conseqüentemente, vão aumentar os problemas de comportamento, bem como a falta de supervisão dos pais, que se sentem esgotados com o comportamento da criança (Kaiser & Hester, 1997).

Os modelos apreendidos em casa transferem-se com facilidade para outros contextos, como a escola. Deste modo, a criança que apresenta problemas de comportamento é comum ser rejeitada pelos pares e também por adultos, o que aumentará o seu comportamento agressivo e desafiante, desencadeando um efeito de escalada nos problemas para a criança, para a família e comunidade (Patterson, 1982; Patterson, et al., 1992). Tendo em conta este processo de gravidade crescente, as crianças com problemas de comportamento, alvo de rejeição pelos pares, têm tendência para se associarem a pares com comportamentos desviantes, o que condicionará a gravidade do seu comportamento (Matos, 1998).

1.1.3 Modelo cognitivo na definição dos problemas de comportamento

De acordo com Meyers e Craighead (1984), determinadas cognições conduzem ao comportamento agressivo e aos conflitos nas relações interpessoais, enquanto outras conduzem a comportamentos sociais positivos e, conseqüentemente, a relações interpessoais adaptadas. De outra forma, os erros de processamento cognitivo constituem a causa para a expressão de determinados problemas de comportamento (Kendall, Ronan, & Epps, 1991).

Deste modo, os problemas de comportamento podem ser caracterizados como défices ou excessos comportamentais que dificultam o processo de adaptação da criança e assim condicionam a sua aprendizagem (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003). Estas alterações de comportamento decorrem da interacção organismo-ambiente durante o desenvolvimento da criança (Rosales-Ruiz & Baer, 1997), de acordo com estes autores, o termo *cusps* (saltos) é definido como uma mudança do comportamento que tem conseqüências para o organismo, quer na aprendizagem social da criança, quer na sua subsequente adaptação aos vários contextos onde está inserida, pela inevitável dificuldade na apreensão das ferramentas necessárias para uma maturação normativa.

Algumas crianças podem, inclusivamente, processar comportamentos sociais inconscientemente, gerando respostas agressivas e anti-sociais. Trata-se de um modelo que põe em causa a forma como a criança percebe e associa determinado estímulo social a uma situação adversa, ocorrida anteriormente, o que irá conduzir a uma resposta defensiva da criança, através de um comportamento agressivo. Poderia considerar-se como exemplo uma situação em que a criança percebe uma determinada observação, ou chamada de atenção, de um colega como algo de ameaçador. Perante uma ameaça a criança avalia e classifica a situação como aceitável, ou não, podendo responder de forma automática com um comportamento de agressividade física, verbal ou com um comportamento de fuga, em geral, responde com comportamentos pouco adaptados (Eddy, 2009).

1.1.4 Modelo sistémico na definição dos problemas de comportamento

Tendo em conta as várias visões que estudam e classificam os problemas de comportamento, dentro das perturbações emocionais da infância, a visão sistémica permite equacionar um paradigma integrador e complementar, onde cada sistema interfere reciprocamente com o outro, numa relação de interdependência. Na sequência desta linha de pensamento, o modelo ecológico de Bronfenbrenner classifica as relações dos indivíduos como multidimensionais, inseridas no sistema familiar que por sua vez se insere noutros sistemas mais complexos compostos por redes sociais, culturais e referências históricas (Bronfenbrenner, 1979).

Se considerarmos o paradigma sistémico, podemos considerar os problemas de comportamento da criança como uma causa inerente à relação interdependente entre os vários sistemas que influenciam e se deixam influenciar pela criança. Assim, os sintomas poderão ser importantes para uma organização e sistematização de informação mas o diagnóstico não é considerado preponderante. Também as características intraindividuais, por si só, não só consideradas como motor dos problemas de comportamento. Existe uma confluência de factores pessoais, familiares, contextuais e sociais, integrados numa determinada cultura, cujas crenças e preconceitos condicionam a forma como valorizam estes problemas.

Dentro da perspectiva da intervenção sistémica e familiar, as interacções problemáticas entre os membros da família criam e mantêm os problemas de comportamento da criança, não sendo esta a responsável pelo seu comportamento, motivo pelo qual a ênfase é dada à estrutura e comunicação no sistema familiar e às suas consequentes interacções com os outros subsistemas (Sampaio & Gameiro, 2005).

É importante compreender e pensar no enquadramento sociocultural para os problemas de comportamento e para a forma como a sociedade os vive e significa. Actualmente, os problemas sociocomportamentais são alvo de recorrentes intervenções psicofarmacológicas, que inspiram uma dependência socialmente aceite e reforçada. A sociedade está alerta e atende de forma mais incisiva aos sinais de sofrimento que a criança evidencia. Contudo, não desvalorizando a importância e necessidade de uma intervenção psicofarmacológica em muitas situações, estamos perante uma noção de doença que penetra o pensamento social e desresponsabiliza outros sistemas, necessariamente implicados na génese, ou na ênfase, dos problemas de comportamento.

1.1.5 Modelo psicanalítico na definição dos problemas de comportamento

João dos Santos (citado por Branco, 2000) faz referência às crianças com problemas de comportamento como aquelas que agem em vez de pensar, utilizando o comportamento como forma de descarga. Sugere que estas crianças não sabem o que é pensar pois, quando o fazem, a sua imaginação é invadida por fantasmas, que apenas poderão ser enfrentados com a intervenção adequada. No fundo, poderá dizer-se que o comportamento das crianças e dos jovens está perturbado quando impede a integração do indivíduo no grupo. Normalmente, os problemas de comportamento são aqueles que se tornam psicologicamente insuportáveis para os responsáveis pela educação da criança, que se vêem esgotados e sem estratégias para intervir adequadamente.

Dias e Bravo (2003) reproduzem um espectro de violência que se inicia com uma “pequena violência”, que se resume na capacidade da criança se defender da agressividade dos outros, evoluindo para outras formas, tais como a **violência socialmente aprendida**, num movimento de prolongamento dos modelos de interacção agressiva vividos em casa, ou a **violência da solidão infantil**, em forma de reactividade face ao mal-estar interno, em que a criança fica desprotegida e sente o meio como hostil, desenvolvendo comportamentos de desconfiança e altamente defensivos, pautados por agressividade e dificuldade na estruturação das regras e normas sociais. Existe ainda a **violência contra os adultos e contra os animais**, evidenciando formas mais bizarras de manifestação externalizada da agressividade ou a **violência compulsiva da criança** que, possuindo um fraco processo de mentalização, utiliza a força física preferencialmente contra os outros, evidenciando os designados problemas de comportamento (Dias & Bravo, 2003).

Tendo em conta as vivências precoces na relação mãe-filho, Winnicott (1965) refere que a tendência anti-social da criança com problemas de comportamento é o movimento

compulsivo que lhe vai permitir obter da sua mãe a reparação pelo dano que ela lhe causou, ao não satisfazer totalmente as suas exigências iniciais. A criança pode organizar-se face à sua tendência anti-social sem manifestar problemas de comportamento, sendo que estas manifestações vão depender das respostas do ambiente. Quando a mãe e a família não são capazes de responder às exigências da frustração, os problemas de comportamento tendem a permanecer (Winnicott, 1965). Tendo em conta as respostas às exigências da criança, Coimbra de Matos (2007) sublinha a importância da 3ª infância no desenvolvimento afectivo e psicossocial, onde existe uma passagem gradual do vínculo filial para o vínculo social, trazendo a importância acrescida aos amigos neste período de socialização e desenvolvimento das funções do eu. É neste equilíbrio, durante a formação da identidade individual e social, que se irá traçar o caminho da sociabilidade ou da anti-sociabilidade, precursoras de uma relação interpessoal mais ou menos adaptada (Coimbra de Matos, 2007).

Todas estas patologias que se centram no agir e na acção, em detrimento do pensamento reflexivo e adaptativo, como os problemas de comportamento, são um desafio permanente para os familiares, educadores, professores e também para os técnicos e profissionais que trabalham directamente com estas crianças. Se numa fase inicial estes problemas podem fazer parte do processo normal de desenvolvimento de uma criança, numa fase seguinte, e tendo em consideração a sua manifestação precoce na relação com as figuras parentais, os problemas de comportamento adquirem contornos insustentáveis, conseguindo transpor os modelos relacionais patológicos familiares para as relações no círculo exterior à família. Consequentemente, as relações da criança vão ficando comprometidas, dificultando o seu processo de adaptação e recurso a outras figuras de referência. Nesta transposição dos modelos relacionais, antecipam-se a escassez de técnicas e estratégias educativas por parte dos educadores (Vidigal, 2005).

Actualmente, tendo em conta a crescente importância atribuída às alterações de comportamento da criança e do jovem, torna-se essencial encontrar outras formas e estratégias para aliviar o sofrimento da criança e, consequentemente, ajudá-la a encontrar outras formas de expressão, de relação e de aprendizagem.

1.1.6 Modelo médico na definição dos problemas de comportamento

Segundo a perspectiva médica, a descrição de sintomas funciona como critério para a existência de determinada psicopatologia. Para os problemas de comportamento também são utilizados critérios, com base na existência de sintomas, onde a frequência, intensidade e idade de aparecimento de um comportamento têm um determinado peso. As classificações

habitualmente utilizadas para o diagnóstico das perturbações mentais infantis são a Classificação Internacional das Doenças (ICD-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), da Associação de Psiquiatria Americana (APA).

Tendo em conta a ICD-10, as perturbações mentais e comportamentais são definidas como uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos comprometidos com outras pessoas, embora os sintomas possam variar consideravelmente. Relativamente à classificação no âmbito da saúde mental infantil, a ICD-10 identifica duas categorias específicas: as **perturbações do desenvolvimento psicológico** (que correspondem ao atraso do desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem ou por perturbações globais do desenvolvimento); e as **perturbações comportamentais e emocionais**. Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar e inclui as **perturbações hipercinéticas**, as **perturbações comportamentais** e as **perturbações emocionais da infância** (que se relacionam com os comportamentos internalizados) (OMS, 2001).

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

A **perturbação do comportamento**, anteriormente designada por **transtorno de conduta** (APA, 1994), consiste num padrão de comportamento persistente em que os direitos dos outros e as normas sociais são violados. Para a perturbação do comportamento ser diagnosticada têm de se verificar pelo menos três dos seguintes critérios: agressividade para com pessoas ou animais, destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave das regras. As crianças ou adolescentes com esta perturbação frequentemente iniciam um comportamento agressivo e reagem agressivamente aos outros; podem exibir um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação; iniciam lutas corporais frequentes; usam uma arma que possa causar sério dano físico; são fisicamente cruéis com pessoas ou animais; roubam em confronto com a vítima; ou forçam alguém a manter actividade sexual consigo. A violência física pode assumir a forma de violação, agressão ou, em casos raros, homicídio (APA, 2000).

A **perturbação de oposição**, anteriormente designada por **transtorno desafiador de oposição** (APA, 1994), consiste num padrão recorrente de negativismo, desafio, desobediência e comportamento hostil para com figuras de autoridade, com a duração mínima de seis meses, e que se caracteriza pela ocorrência frequente de pelo menos quatro dos seguintes comportamentos: perder a paciência, discutir com adultos, desafiar activamente ou recusar-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos, deliberadamente fazer coisas que aborrecem outras pessoas, responsabilizar outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento, ser susceptível ou facilmente aborrecido pelos outros, mostrar-se enraivecido e ressentido, ou ser rancoroso ou vingativo (APA, 2000).

Para além do padrão de comportamento repetitivo e persistente, a perturbação do comportamento e a perturbação de oposição têm de comprometer significativamente a adaptação da criança em vários subsistema, sendo o contexto social, escolar e familiar as três principais referências nesta avaliação; podem ainda assumir três níveis de gravidade: ligeira, moderada e grave (APA, 2000).

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

A **perturbação de hiperactividade com défice de atenção** (PHDA), que corresponde às **perturbações hipercinéticas** classificadas na ICD-10, consiste num padrão persistente de desatenção e/ou hiperactividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Alguns sintomas relacionados com hiperactividade e impulsividade, que interferem negativamente no funcionamento da criança, são já evidentes antes dos sete anos de idade, mas muitos indivíduos são diagnosticados posteriormente. Este problema deve perturbar o funcionamento da criança em pelo menos dois contextos (por exemplo, em casa e na escola), nos domínios social, académico ou ocupacional, apropriados em termos evolutivos (APA, 2000).

De uma forma geral, o comportamento anti-social, o comportamento desviante e o comportamento delinquente são alterações do comportamento externalizado, que estão presentes na perturbação do comportamento, segundo o DSM-IV, evidenciando-se o comportamento agressivo, de oposição e violação de regras – roubo, mentira, rebeldia, delinquência, crueldade física e actos criminosos (APA, 2000; Dessen & Szelbrackowski, 2007).

Existem algumas referências quanto à existência de diferentes subtipos de problemas do comportamento. Desta forma, têm surgido alterações no DSM-IV, bem como definidos alguns critérios de classificação, entre os quais:

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

Alguns pediatras, por sua vez, sintetizam as perturbações comportamentais definidas no DSM-IV e referem-se ao conceito de **temperamento** tendo em conta as diferenças individuais na reactividade emocional, nível de actividade, atenção e auto-regulação durante a 1ª e 2ª infância, que podem ser preditoras de competências adaptativas, resiliência e problemas de comportamento a partir da 3ª infância (Stein, Carey, & Snyder, 2004).

Posteriormente, será importante distinguir quando estamos perante uma criança com um temperamento difícil, limite ou quando já tem, efectivamente, um problema de comportamento. Desta forma, para diagnosticar um problema de comportamento, é necessário encontrar disfunções em uma ou mais das cinco áreas básicas de ajustamento individual, nomeadamente: no comportamento ou nas relações interpessoais; em aquisições no domínio das competências escolares e noutras tarefas e jogos; na auto-estima, auto-controlo e auto-regulação; nos sentimentos, pensamentos e nas funções do corpo relacionadas com alimentação, eliminação e sono; e nas estratégias de adaptação e resiliência (Stein, et al., 2004).

1.1.7 Síntese

Genericamente, pode dizer-se que os problemas de comportamento incluem conceitos como comportamento externalizado, comportamento de oposição, comportamento agressivo, comportamento anti-social, comportamento desviante, comportamento delincente,

perturbações do comportamento e transtornos de conduta. Desta forma, sempre que se fizer referência aos problemas de comportamento pressupõe-se a evocação das características presentes nos conceitos supracitados.

Tendo em conta a ICD-10 e o DSM-IV, serão apenas consideradas as perturbações comportamentais, excluindo-se deste modo as perturbações hipercinéticas (que se relacionam com os problemas de hiperactividade e défice de atenção) e as perturbações comportamentais e emocionais (que se relacionam com os comportamentos internalizados). Foram consideradas estas classificações para uma organização mais clara e objectiva do tipo de comportamento a ter em consideração.

1.2 Condicionantes implicadas no desenvolvimento dos problemas de comportamento

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

Os factores de risco e protecção nos problemas de comportamento podem ser classificados em três níveis: individuais, familiares e ambientais. É importante ter em consideração que é a junção e a interacção entre vários factores de risco que interfere no aparecimento dos problemas de comportamento (Pardilhão, Marques, & Marques, 2009; Vitaro & Gagnon, 2000).

1.2.1 Factores individuais

Por vezes, os problemas nas famílias surgem como resposta aos problemas da criança e à sua dificuldade na gestão destes. De facto, existem crianças com um temperamento difícil que trazem consigo uma pré-disposição genética para este tipo de problemas (Goldschmidt, 2009). Os episódios repetidos de problemas de comportamento protagonizados por estas crianças em casa, na sala de aula, no recreio, tais como agressões verbais e físicas para com os pais, professores e outras crianças, conduzem a uma rejeição pelos adultos e pelas outras crianças. Deste modo, sucedem-se às actividades desviantes destas crianças as exclusões por parte da escola e as situações de maus-tratos físicos por parte dos pais (Herbert & Wookey, 2004; Wamboldt & Wamboldt, 2000).

Como exemplo de **factores de risco individuais** (ou seja, as características da própria criança) podem identificar-se os factores genéticos, o temperamento e os défices neurocognitivos. Relativamente aos **factores de protecção individuais** podem referir-se o

bom nível cognitivo da criança, o temperamento estável, a responsabilidade e a autodisciplina (Pardilhão, et al., 2009).

A interacção positiva da criança com pares e adultos tem implicações directas na construção e desenvolvimento do seu auto-conceito. Desta forma, pode prever-se uma relação entre o **auto-conceito da criança** e os seus problemas de comportamento. O comportamento pouco adaptado e com características anti-sociais pode estar associado à popularidade da criança; esta associação entre o comportamento anti-social e a popularidade pode tornar estas crianças resistentes a mudar o seu comportamento na adolescência, uma vez que este se encontra associado ao prestígio social. Deste modo, o que seria um suposto problema de ajustamento para os pais e professores pode não ser assim considerado pela criança e pelos seus pares (Rodkin, Farmer, Pearl, & Acker, 2000; Stevanato, Loureiro, Linhares, & Marturano, 2003).

No fundo, este funcionamento espelha um auto-conceito positivo, mas discrepante das avaliações externas (família, escola e técnicos), logo, estamos perante uma criança que utiliza o comportamento pouco ajustado como um mecanismo de defesa, que ilustra a sua imaturidade cognitiva (Stevanato, et al., 2003). É no entanto previsível que a baixa auto-estima se relacione com os problemas de comportamento. Contudo esta ligação poderá ainda não estar construída em crianças em idade escolar (Ha, Petersen, & Sharp, 2008). Também no DSM-IV da APA (2000) vem reforçado o facto das crianças com comportamentos desajustados apresentarem normalmente uma auto-estima baixa, embora possam projectar o oposto; são na maioria crianças pouco empáticas, que aprendem que a manifestação de culpa pode reduzir as consequências negativas do seu comportamento.

1.2.2 Factores familiares

A família é a principal via de transmissão de significados e cultura para a criança. Quando, no seu processo de desenvolvimento, esta é exposta à violência, directa ou indirecta, podem ocorrer sentimentos de hostilidade e desconfiança e percepções negativas em relação aos outros, particularmente no relacionamento com pares e professores, tendo como base a passagem de modelos familiares para outros contextos (Dessen & Szelbracikowski, 2007; McCarty & McMahon, 2003; Wotherspoon, O'Neill-Laberge, & Pirie, 2008). As relações familiares são, deste modo, uma das importantes causas apontadas para os problemas de comportamento nas crianças.

Tendo em conta uma análise funcional comparativa entre o comportamento das crianças e as **competências parentais**, Kaiser e Hester (1997) referem que a falta de competências

parentais pode conduzir a graves problemas de comportamento por parte das crianças, bem como a lacunas ao nível da aprendizagem de comportamentos sociais positivos, que constituem a base para a interacção positiva da criança com os seus colegas e outros adultos (Kaiser & Hester, 1997).

Desta forma, os ambientes familiares adversos, práticas parentais inadequadas e rejeição de companheiros na escola constituem-se como fortes indícios para o aparecimento de problemas de comportamento (Dessen & Szelbracikowski, 2007). As interacções familiares negativas, isto é, com co-parentalidade enfraquecida, afecto negativo e estrutura familiar pouco adaptativa e pouco consistente, foram fortemente associadas às crianças que apresentavam problemas de comportamento. Por sua vez, estilos parentais de maior envolvimento, afectividade, coerência e consistência nos estilos educativos, constituem-se como factores protectores (Gallo & Williams, 2005). Tal facto poderá ser justificado pela capacidade da criança regular e modelar os seus impulsos através de uma relação afectiva segura, e desta forma, ter consciência dos seus actos, bem como ser capaz de regular os seus impulsos (Dessen & Szelbracikowski, 2007; Herbert & Wookey, 2004; McCarty & McMahan, 2003; McKee, et al., 2008).

A **exposição a modelos de comportamento desviante**, onde se inclui o comportamento de agressividade verbal e física, pode também ser considerada como um factor causal para os problemas de comportamento, pois tem graves implicações no desenvolvimento dos modelos relacionais da criança. Este processo tem por base os mecanismos de aprendizagem social dos comportamentos, nomeadamente, a modelagem e a imitação. As crianças, cujos pais apresentam comportamentos agressivos e violentos, estão sujeitas a uma observação constante deste tipo de comportamento como forma de resposta a várias situações vivenciadas no dia-a-dia familiar (Herbert & Wookey, 2004; Kaiser & Hester, 1997).

Num estudo realizado por Linares (2006) sobre a violência entre irmãos provenientes de famílias com modelos educativos pautados por agressividade, pode ser compreendida e enquadrada a **violência transgeracional**. Estas crianças estão em grande risco de perpetuar o tipo de comportamento observado, bem como de serem revitimizadas pelos irmãos mais velhos, o que vai ter consequências negativas relacionadas com a possibilidade de ocorrência de alterações de comportamento, externalizado ou internalizado, como o seu desempenho escolar e ao nível da socialização com os colegas. Os mecanismos de imitação, modelação e identificação com os pais delinquentes têm, indubitavelmente, um importante papel nos padrões transgeracionais do comportamento (Herbert & Wookey, 2004).

1.2.3 Factores ambientais

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

Como **factores de risco ambientais** podem incluir-se o baixo nível socioeconómico, os grupos de pares delinquentes, o insucesso e absentismo escolar e a exposição a violência nos meios de comunicação. Os **factores de protecção ambientais** podem ser a boa capacidade de socialização com pares, o bom desempenho escolar e extra-curricular, a integração num grupo pró-social e a integração num meio escolar promotor de sucesso (Pardilhão, et al., 2009).

A pobreza urbana e a desorganização social estão na origem de situações de vulnerabilidade, tanto para as mães, como para as crianças, estes dados corroboram a concepção de que é em famílias em risco de exclusão social, nomeadamente residindo em contextos habitacionais e sociais problemáticos, que este tipo de perturbação assume uma dimensão preponderante (Rae-Grant, McConville, Kenned, Vaug, & Steiner, 1999), embora não exclusiva.

1.2.4 Consequências

Quanto às consequências dos problemas de comportamento, estes podem evoluir para psicopatologia grave na idade adulta, tal como a perturbação anti-social (Herbert & Wookey, 2004), as psicoses, as perturbações de personalidade, as perturbações de ansiedade, entre outras (Rutter, Taylor, Rinck, & Norman, 2002). Quanto às consequências sociais associadas, são diversos os estudos que as relacionam com a criminalidade, consumos de drogas, precariedade laboral, prostituição, promiscuidade sexual e detenções recorrentes (Benavente, 2001). Outros estudos sugerem que, sem um programa de intervenção precoce, os problemas de comportamento em crianças podem cristalizar-se a partir dos oito anos de idade, iniciando uma trajectória de problemas académicos, abandono escolar, abuso de substâncias e comportamento delincente (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004).

1.3 Prevalência dos problemas de comportamento na infância

Nos Estados Unidos da América (EUA) a prevalência dos problemas de comportamento na população geral de crianças e adolescentes situa-se entre os 2 a 4% na idade escolar e entre os 6 a 12% na adolescência (Scott, 2000). Existem outros estudos nos EUA que apontam para uma prevalência entre 10 a 20% de perturbações do comportamento em crianças com idade

escolar, prevendo-se que destes, cerca de 40%, desenvolvem uma personalidade anti-social, em adultos (Herbert & Wookey, 2004; Steiner & Dunne, 1997).

De acordo com a (AACAP., 2009), entre 1 a 16% de crianças e jovens estão diagnosticados com uma perturbação do comportamento. Os dados estatísticos relativos a crianças em idade pré-escolar são pouco conhecidos. A perturbação do comportamento aparece, habitualmente, no final do pré-escolar, início da idade escolar, sendo mais comum no sexo masculino, embora exista uma tendência para estes valores se assemelharem durante a idade escolar. De acordo com o DSM-IV da APA (2000), a prevalência da perturbação do comportamento para o sexo masculino é de 6 a 16%, sendo que no sexo feminino varia entre 2 a 9%.

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

Especialmente os profissionais de saúde mental infantil, mas também outros técnicos que investigam e colaboram nesta área, têm apresentado grande preocupação com o diagnóstico, avaliação e intervenção com crianças que apresentam problemas de comportamento. Apesar de Portugal ainda não contar com dados estatísticos organizados relativamente à prevalência de crianças com problemas de comportamento, a prática clínica acusa o crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa (Benavente, 2001).

Em Portugal, também alguns dos serviços de psiquiatria da infância e adolescência confirmam o elevado número de pedidos de ajuda a crianças sinalizadas por problemas de comportamento referindo que, actualmente, estão no topo dos pedidos de consulta, sobretudo com queixas relacionadas com falta de limites e ausência de regras e também com dificuldade de concentração e de aprendizagem; referem ainda que estas são as crianças mais difíceis de se tratar em consulta (Carvalho, 2009; Goldschmidt, 2009).

1.4 Problemas de comportamento nas crianças e jovens em risco/ perigo

Tendo em conta as várias formas de mau trato infantil, importa perceber as suas consequências no desenvolvimento e funcionamento da criança e a forma como estas se relacionam com a possibilidade de ocorrência de problemas de comportamento. Esta é a população abrangida pelos serviços de protecção infantil e, muitas vezes, alvo de medidas de colocação em acolhimento institucional e familiar.

De uma forma geral, existe uma grande preocupação relativamente às consequências do mau trato e da negligência nas crianças, pois estas podem interferir e alterar as trajetórias típicas do seu desenvolvimento (Calheiros, 2006; Figueiredo, 1998).

Os efeitos emocionais directamente relacionados com o abuso e a negligência, tal como o isolamento, o medo e falta de confiança, podem reflectir durante a vida consequências como, níveis baixos de auto-estima, depressão e dificuldades de relacionamento (Morrison, Frank, Holland, & Kates, 1999).

As crianças que foram abusadas ou negligenciadas pelos seus cuidadores, habitualmente, não desenvolvem padrões de vinculação seguros. Estas dificuldades precoces de vinculação podem conduzir mais tarde a dificuldades na relação com os pares e outros adultos (Azevedo & Maia, 2006; Morrison, et al., 1999). As crianças abusadas fisicamente, que apresentam problemas de comportamento, tendem a ser mais agressivas com os seus pares e com os adultos, mostrando maior dificuldade na relação interpessoal e na capacidade de empatizar com o outro (Azevedo & Maia, 2006; Oates, 2004).

É assumido que a negligência tem consequências graves na criança, não promovendo o desenvolvimento psicológico (intelectual, emocional), social (académico, interpessoal), fisiológico, e contribuindo para o surgimento de problemas de comportamento, desajustamento social e atrasos de desenvolvimento (Calheiros, 2006; Lounds, Borkowski, & Whitman, 2006; Starr & Wolfe, 1991).

Tendo em conta as principais problemáticas das crianças sinalizadas às CPCJ, é possível verificar que a negligência se mantém predominante, seguida da exposição a modelos de comportamento desviante, maus-tratos psicológicos/abuso emocional, abandono escolar e maus-tratos físicos (CNCJR, 2010). Consequentemente, os principais motivos para o acolhimento, por ordem decrescente de frequência, foram: a negligência, com especial enfoque na ausência de supervisão e acompanhamento familiar, escolar e de saúde; a exposição a modelos de comportamento desviante; os maus-tratos físicos; o abandono; e a ausência temporária de suporte familiar (Instituto da Segurança Social, 2009).

Uma vez que as crianças em risco/perigo têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento, consequência das situações a que estiveram expostas, torna-se importante conhecer e compreender melhor a caracterização das crianças que são acolhidas, bem como as formas de intervenção postas em prática para a supressão das suas necessidades socioemocionais.

2 INTERVENÇÃO NOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

Tendo em conta a intervenção nos problemas de comportamento, os programas podem centrar-se na criança/jovem ou no seu contexto (Ornelas, 2008). Estes programas podem, assim, basear-se em: estratégias de solução de problemas e treino de competências sociais com crianças/jovens; estratégias de gestão educativa e dinâmica da turma, considerando o contexto escolar; incremento das práticas educativas saudáveis, no contexto familiar (Eddy, 2009).

As intervenções nos problemas de comportamento podem ser enquadradas no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária (Murta, 2005), sendo que a **prevenção primária** é orientada para a redução ou eliminação de aspectos prejudiciais para a criança/jovem, nomeadamente, contribuindo para o aumento da sua resiliência e contendo a transmissão de aspectos negativos para outros indivíduos, grupos ou contextos sociais (Ornelas & Moniz, 2007). As intervenções em **prevenção secundária** dirigem-se a crianças/jovens que se encontram expostos a factores de risco, objectivando reduzir a duração e a gravidade dessa condição de risco, já estabelecida. As intervenções, com base na **prevenção terciária**, têm como objectivo minimizar as consequências de graves fragilidades nas competências sociais, que já se encontram instaladas e não se perspectivam curar (Murta, 2005).

Gordon (1974) critica esta classificação da prevenção primária, secundária e terciária, referindo-a como pouco eficaz, no sentido em que a verdadeira prevenção é a primária. Deste modo, propõe a classificação das medidas preventivas de acordo com a população-alvo, sendo os programas classificados em: universais, selectivos ou indicados. No âmbito da intervenção nos problemas de comportamento, os **programas universais** dirigem-se à população em geral, ou seja, às crianças/jovens que não estão identificados como estando em risco de apresentar alguma expressão de problemas de comportamento. Estes programas podem evitar discriminações associadas, por exemplo, à distinção entre crianças/jovens com, e sem, problemas de comportamento e dispensam recursos na selecção dos participantes (Essau, 2002). Os **programas selectivos** são destinados a crianças/jovens que apresentam um risco acrescido de manifestar problemas de comportamento, seja por factores psicológicos, sociais ou biológicos. Por fim, os **programas indicados** visam incidir sobre grupos de crianças/jovens que apresentam sintomatologia relacionada com problemas de comportamento (Murta, 2005).

2.1 Programas universais

De uma forma geral, os problemas de comportamento exigem uma intervenção integrada onde devem estar incluídos os vários sistemas comunitários – saúde, educação, serviços sociais e judiciais (Pardilhão, et al., 2009). De acordo com Ornelas e Moniz (2007), a articulação interinstitucional, através de parcerias comunitárias, é um veículo essencial na dinamização de programas de prevenção universal. Através de uma liderança eficiente, partilha de conhecimento e uma base relacional de confiança, estas parcerias podem mobilizar recursos da comunidade perspectivando intervenções a longo prazo, com base na combinação de praticas e serviços. A transmissão de informação aos pais e agentes educativos, promovida por profissionais especializados, de como podem promover o desenvolvimento da criança e lidar com os problemas normativos ou com os problemas de comportamento, e a informação e treino sobre estratégias para utilizar em casa, na escola e noutros contextos, são exemplos de alguns formatos de programas que beneficiariam de uma efectiva parceria comunitária (Essau, 2002).

Na prevenção universal o objectivo central é o desenvolvimento de competências sociais, assumidas como um factor de protecção, que permitirá diminuir as hipóteses de ocorrência de problemas de comportamento futuros (Cecconello & Koller, 2000), tendo como referência um contexto sociocultural onde a criança está inserida. De uma forma geral, o objectivo é identificar, reduzir ou remover os efeitos dos factores de risco. Estes objectivos podem perspectivar-se a curto ou longo prazo denominando-se, respectivamente, proximais ou distais (Ornelas, 2008). Tendo em conta um programa de intervenção que pretenda aumentar a empatia e a aceitação entre os pares, pode considerar-se este primeiro objectivo como proximal, contudo, os objectivos inerentes à redução dos problemas de comportamento e insucesso escolar consideram-se como distais (Ladd, Herald, Slutzky, & Andrews, 2004).

Se pensamos na intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude (estabelecimentos de ensino, estabelecimentos de saúde, instituições particulares de solidariedade social, entidades policiais, entre outras), os projectos de prevenção primária surgem como os mais eficazes mas também os mais difíceis de implementar. A implementação de pesquisas desta natureza contribuiria para subsidiar práticas clínicas e escolares, com implicações em programas preventivos para o comportamento delinvente, em crianças de risco ou com indícios de sintomatologia relacionada com problemas de comportamento (Dessen & Szelbrackowski, 2007).

De forma geral, a prevenção universal nos problemas de comportamento implica um conhecimento aprofundado das condições individuais e ambientais que produzem risco e protecção, bem como, das formas de desenvolvimento dos factores patológicos ligados aos problemas de comportamento (Kellam & Horn, 1997).

2.2 Programas selectivos

O planeamento de programas de intervenção para comportamentos de risco psicossocial no contexto escolar sugere a importância de se considerarem as auto-percepções da criança, já que ela pode apresentar comportamentos que, embora considerados inadequados pelos pais e professores, podem estar a contribuir para a sua popularidade e, conseqüentemente, para a formação do seu auto-conceito (Stevanato, et al., 2003). Assim, devem ser assumidas intervenções individualizadas para prevenir o aparecimento de problemas de comportamento, tendo em conta sinais psicopatológicos relacionados com desordens de personalidade (Ha, et al., 2008).

Alguns autores associaram pais com características depressivas a filhos com psicopatologia internalizada e externalizada. Desta forma, devem realizar-se intervenções com pais com características depressivas no sentido de prevenir o aparecimento de problemas de comportamento nos filhos. As intervenções devem incidir na relação pais-filhos e no suporte social (McCarty & McMahon, 2003).

A importância da intervenção selectiva nos problemas de comportamento, podendo esta focar-se na intervenção com os cuidadores ou com a própria criança, é essencial. Num estudo realizado sobre as conseqüências de intervenções psicossociais nos problemas de comportamento (Fossum, Handegard, Martinussen, & Morch, 2008), foi possível encontrar uma correlação entre a redução do stress familiar, a diminuição dos problemas de comportamento da criança, em casa e na escola, e o aumento do comportamento pró-social.

2.3 Programas indicados

Existem várias formas de intervenção utilizadas nos problemas de comportamento de crianças e jovens, nomeadamente, inúmeras psicoterapias, contudo, o treino das competências parentais e as intervenções cognitivo-comportamentais têm sido consideradas como as formas de intervenção mais adequadas (Kazdin, 1998). Das várias terapias utilizadas, existem algumas que não correspondem aos critérios necessários para uma intervenção adequada, motivo pelo qual a selecção da intervenção deve ser realizada com base em fundamentos

empíricos relacionados com avaliações de modelos existentes, considerando sempre as características da criança e dos seus contextos (Littell, 2005).

Tendo em conta os tratamentos mais comuns utilizados nos problemas de comportamento serão descritivas, de forma resumida, as seguintes formas de intervenção: terapia comportamental, terapia cognitiva, terapia familiar, terapia psicanalítica e terapia psicofarmacológica.

2.3.1 Terapia comportamental

A terapia comportamental tem como principal objectivo fortalecer os comportamentos pró-sociais da criança, melhorando as suas interações com os pais, professores e pares. Uma das formas de intervenção deste terapia consiste no treino das competências parentais, com o objectivo de contribuir para o aumento dos comportamentos pró-sociais dos filhos, através de uma alteração da postura e forma de interacção dos pais, que está muitas vezes associada ao aparecimento dos problemas de comportamento dos filhos (Patterson, et al., 1992). De acordo com Patterson (1982), os problemas de comportamento são fomentados e mantidos nas relações sociais da criança através de inúmeros reforços negativos, que se transformam em interações coercivas devido à escassez de reforços positivos e ao aumento gradual dos reforços negativos, motivo pelo qual se deve intervir sobre estas formas de relacionamento, modificando-as.

No **treino de competências parentais** são transmitidas algumas técnicas para os pais utilizarem de forma a promover um comportamento positivo constante, por parte da criança. Estas técnicas incluem: o fornecimento de um modelo de comportamento positivo desejado; a utilização de reforços positivos com todas as crianças da família; e o treino de formas objectivas de descrever o comportamento desejado, bem como, as consequências positivas que daí advêm para as crianças. Para implementação destes princípios são utilizadas estratégias como, por exemplo, o recurso ao “contrato de contingência”, que consiste num plano para as consequências positivas e negativas do comportamento da criança, ou o “*time out*” que consiste numa técnica de disciplina não violenta, em que a criança é levada para um determinado sítio onde permanece isolada, este tempo não deverá exceder os dez minutos e deverá ser utilizado de forma coerente, sem discussões nem punições físicas (Eddy, 2009).

De acordo com Eddy (2009), nos **programas de intervenção na escola** as principais estratégias relacionam-se com a: transmissão de consequências positivas e evidentes para comportamentos adequados e o oposto para comportamentos inadequados, durante o período escolar; realização de uma associação entre o comportamento escolar e determinadas

consequências em casa, através do envio de cartões. Estas intervenções baseiam-se em programas estruturados, breves e graduais que utilizam estratégias como: sistemas de pontos para bom comportamento, cartões de bom e mau comportamento, reforços relacionados com actividades de lazer para a turma e articulação eficiente entre a escola e os pais.

Na **intervenção multidimensional com recurso a acolhimento familiar**, o jovem é colocado numa família de acolhimento com formação específica para trabalhar os problemas de comportamento, durante um período máximo de seis meses. Durante este período, tanto o jovem como os pais deverão beneficiar de apoio psicológico, onde se trabalham aspectos relacionados com resolução de problemas e habilidades sociais (Chamberlain, 1994). Este tipo de programa evidencia também efeitos para crianças mais novas (Fisher, Burraston, & Pears, 2005).

2.3.2 Terapia cognitiva

Na terapia cognitiva o objectivo principal relaciona-se com a possibilidade de atribuir à criança uma base cognitiva que a auxiliará na resolução de problemas existentes nas suas relações interpessoais. Para tal, são utilizados programas de treino de habilidades que se baseiam no desenvolvimento de formas adaptativas de pensar na solução de problemas pessoais, tornando estas soluções mais conscientes e pró-sociais (Reynolds & Kamphaus, 2003).

Esta intervenção é realizada, muitas vezes, em grupo através de um “*programa de gestão por contingências*”, que consiste num sistema de recompensas para comportamentos positivos e de punições para comportamentos negativos. Na intervenção em grupo pode trabalhar-se soluções de problemas através da interacção entre as crianças, onde se praticam habilidades sociais sob a supervisão de um adulto, na perspectiva que a mudança de comportamento será facilitada no contexto de grupo. O grupo poderá constituir-se com crianças com o mesmo nível de desenvolvimento ou combinar crianças com, e sem, problemas de comportamento (Kendall, et al., 1991).

Habitualmente, na intervenção terapêutica, a terapia cognitiva e comportamental fundem-se originando as designadas **terapias cognitivo-comportamentais**, que se baseiam nas leis do condicionamento e da aprendizagem e têm por objectivo modificar os comportamentos desadequados, através de estratégias cognitivas e comportamentais (Marcelli, 2005).

2.3.3 Terapia familiar

Na terapia familiar parte-se do pressuposto que as interacções problemáticas da família criam e mantêm os problemas de comportamento da criança devendo, por isso, intervir-se com base na alteração dos modelos comunicacionais vigentes na família. De acordo com esta perspectiva, a família disfuncional deverá ser o foco da intervenção e não a criança (que surge como paciente identificado). A mudança dos papéis familiares e dos padrões de comunicação e relacionamento são essenciais na perspectiva de alteração do comportamento da criança sendo, por vezes, importante envolver a família alargada e a articulação com outros subsistemas, como a escola (Rutter, 1999).

Dentro da terapia familiar, a terapia familiar funcional e a intervenção multissistémica parecem ser duas das abordagens eficazes no tratamento dos problemas de comportamento; o principal objectivo na **terapia familiar funcional** é melhorar a comunicação através de formas alternativas de expressar sentimentos e negociar soluções para problemas dentro da família; por sua vez, a **intervenção multissistémica** tenta incluir, para além da família, a escola, os pares e a comunidade envolvente, potenciando recursos e habilidades à família para conseguir, de forma independente, resolver os problemas de comportamento da criança/jovem (Eddy, 2009).

2.3.4 Terapia psicanalítica

Existem diferentes modalidades de intervenção terapêutica psicanalítica e de inspiração psicanalítica, na infância. Destaca-se a psicanálise da criança, a psicoterapia psicodinâmica individual da criança, a consulta terapêutica e as psicoterapias de grupo de orientação psicanalítica (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2004).

A especificidade da intervenção em crianças com problemas de comportamento prende-se com as características próprias da intervenção na infância que usa como instrumentos de acesso ao mundo interno: o jogo, o desenho e o sonho (Ferro, 1995), e também com as características próprias das indicações terapêuticas – se a criança e a sua família não exibem um grau de associação livre suficiente e sensível ao inconsciente devem ser pensados outros projectos terapêuticos (Houzel, et al., 2004).

No caso específico da delinquência, considera-se uma abordagem mista, meio-educativa meio-psicoterapêutica. Balier (1996) citado por Houzel, et al. (2004) descreve condições muito particulares em que são possíveis as psicoterapias de jovens delinquentes que visam restaurar as condições de um actividade mental pré-consciente, uma vez que a delinquência se

caracteriza pela incapacidade de tolerar um conflito psíquico entre pulsões violentamente contraditórias, sendo a passagem ao acto um modo de evacuação dessa tensão insuportável.

2.3.5 Terapia psicofarmacológica

O encaminhamento para os serviços de psiquiatria da infância e adolescência deverá ser efectivado sempre que o padrão de comportamento prejudique o funcionamento familiar e, principalmente, o da própria criança (Pardilhão, et al., 2009). No acompanhamento pedopsiquiátrico recorre-se, por vezes, ao tratamento psicofarmacológico (*antipsicóticos*, estabilizadores de humor, antidepressivos e anti-convulsivantes). Apesar de não existir nenhum fármaco específico para os problemas de comportamento, existem alguns que actuam em determinados sintomas, tais como a agressividade, a redução dos comportamentos anti-sociais e o aumento da atenção, que poderá ser importante na capacidade de resposta da criança a programas de intervenção psicossocial (J. Gilligan & Lee, 2004).

2.3.6 Síntese

Apesar dos diferentes modelos teóricos subjacentes e das linhas de pensamento distinto, as intervenções devem ser pensadas de acordo com as características das crianças devendo-se, deste modo, integrar e complementar.

De acordo com um estudo realizado por Keil e Price (2006) devem ser considerados diferentes sintomas para determinar a intervenção mais adequada; as crianças que apresentam sintomas de agressividade reactiva, apresentam alto risco de isolamento social e rejeição pelos pares, pelo que beneficiariam de um treino de competências sociais e de intervenções que tinham como objectivo trabalhar os padrões de processamento de informação associados à inadaptação. Para crianças com sintomas de agressividade proactiva, uma vez que esta prediz comportamentos delinquentes posteriores e está relacionada com taxas elevadas de psicopatologia, estas crianças precisam de intervenções mais intensivas e multifacetadas, preferencialmente incluindo ambos os cuidadores (treino de habilidades parentais) e treino com a própria criança (treino de competências relacionadas com a resolução de problemas e treino de competências sociais).

A intervenção com crianças e jovens com problemas de comportamento em acolhimento institucional será abordada no Capítulo 4.

3 FORMAS DE INTERVENÇÃO E ORIENTAÇÕES GERAIS NO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: A REALIDADE DE OUTROS PAÍSES

A “Declaração de Estocolmo face às Crianças e ao Acolhimento Residencial”, elaborada em Maio de 2003, resultado da 2ª Conferência Internacional: “A Criança e o Acolhimento Residencial”, proclama a importância de diminuir, ou mesmo terminar, gradualmente o acolhimento residencial tendo em conta as consequências negativas que este acarreta para a criança, em particular, e para a sociedade em geral. No entanto, a utilização da resposta de acolhimento residencial continua a ser utilizada pelos vários países do mundo, sendo que em alguns, o recurso ao acolhimento residencial aumentou e é considerado prioritário em várias situações (Courtney & Iwaniec, 2009). Tendo em conta estes aspectos, será realizada uma breve descrição das principais orientações gerais do acolhimento residencial em alguns países.

De acordo com Gilligan (2009), na **Irlanda** o acolhimento familiar prevalece, no entanto, o acolhimento residencial apesar de continuar a diminuir não se perspectiva terminar. Pelo contrário, pretende-se aperfeiçoar a sua intervenção para obter melhores resultados, sobretudo no que toca a crianças e jovens com graves problemas de comportamento, que dificilmente são trabalhados noutras estruturas do sistema de protecção infantil. O acolhimento residencial tem objectivos muito específicos e a sua população-alvo é, normalmente, crianças mais velhas ou jovens, cujo comportamento não permite uma adaptação em acolhimento familiar. Existe, por esse motivo, uma forte componente terapêutica, preconizando um acolhimento de curta duração. Os centros para jovens delinquentes são outro exemplo de acolhimento residencial com grande impacto na Irlanda. Deste modo, de acordo com o mesmo autor (2009), são traçadas linhas orientadoras para a alteração e consequente especialização do acolhimento residencial, tais como:

- Recrutar e manter uma equipa técnica qualificada para intervir com crianças e jovens com necessidades difíceis de suprimir;
- Conseguir um equilíbrio entre técnicos do sexo feminino e masculino nas equipas, tendo em conta a importância de diferentes modelos de referência;
- Proporcionar supervisão, sobretudo nas áreas dos problemas de comportamento;
- Restaurar uma visão positiva do acolhimento residencial;
- Relacionar o acolhimento residencial com programas de intervenção comunitária e programa de apoio à autonomia de vida.

De acordo com Bullock e McSherry (2009), no **Reino Unido**, as principais crianças e jovens que se encontram em acolhimento residencial são caracterizadas por problemas de

comportamentos e por dificuldades de adaptação nas famílias de acolhimento – o que conduz a rejeições e acolhimentos familiares disruptivos. Perante este panorama, os vectores para um acolhimento residencial mais eficaz caracterizam-se de acordo com duas importantes premissas – prevenção e intervenção precoce, dando ênfase à avaliação mais célere das competências das famílias e encaminhamentos para adopção. Deste modo, o principal encaminhamento para o acolhimento residencial continuará a ser os problemas de comportamento, sobretudo comportamentos que coloquem em risco a vida do próprio e a dos outros, tendo em conta o aumento de comportamentos delinquentes nos últimos tempos. Será importante perspectivar a consolidação do acolhimento residencial, adaptando modelos de intervenção a características e necessidades específicas de cada criança/jovem individualmente e avaliar as intervenções e estratégias actuais, muitas das quais sem resultados satisfatórios. Deste modo, segundo os autores supracitados (2009), a intervenção deverá guiar-se de acordo com as seguintes orientações:

- Necessidades do jovem e da sua família – em caso de necessidade de acolhimento deverá apurar-se qual o seu objectivo, qual o tipo de intervenção e qual a duração do acolhimento;
- Regime e abordagens de tratamento, demonstrados mais eficazes por investigações. Deverá ser estudada e analisada a evidência da intervenção e os resultados em grupos de crianças com diferentes necessidades, para se seleccionar a intervenção mais adequada para cada caso em particular.

Um dos exemplos de acolhimento residencial no Reino Unido, a *Mulberry Bush School*, acolhe crianças dos cinco aos 12 anos com graves problemas emocionais, nomeadamente, problemas de comportamento, e tem como principal objectivo prestar cuidados terapêuticos, tratamento e educação a estas crianças. Como estratégia utiliza a intervenção conjunta com a criança, família e entidades locais, de forma a promover uma maior resiliência na criança acolhida e na sua família. Outra preocupação desta instituição refere-se aos quadros técnicos, que devem ser constantemente actualizados do ponto de vista formativo (Strecht, 2008). Tendo em conta os problemas de comportamento apresentados por algumas crianças em acolhimento institucional, é imprescindível perceber a forma como as instituições e os seus técnicos se posicionam relativamente ao seu papel e à sua intervenção, bem como a sua forma de actuação, não esquecendo o impacto que esta organização tem nas relações estabelecidas no ambiente de acolhimento (Martins, 2005b).

Na **Holanda**, por exemplo, a intervenção divide-se em preventiva e contentora. Como forma de prevenção incluem-se serviços que funcionam de modo diurno com especial

enfoque nas crianças com problemas de comportamento e outras dificuldades. As intervenções contentoras contam com unidades residências especiais para crianças com problemas de comportamento graves, centros de crise, centros de tratamento e, por último, centros de detenção para jovens delinquentes (Carneiro, et al., 2004).

De acordo com Sallnäs (2009), na **Suécia**, depois de um grande investimento no acolhimento familiar, o acolhimento residencial tem vindo a aumentar nos últimos anos devido a vários aspectos, tais como: dificuldade em seleccionar famílias de acolhimento, dificuldade em encontrar famílias de acolhimento com formação e capacidade para lidar com determinadas características das crianças/jovens e o conseqüente insucesso do acolhimento familiar, sobretudo em relação a jovens com problemas psiquiátricos e comportamento anti-social. Paralelamente, crescem outros motivos como a privatização de alguns centros de acolhimento e o facto dos problemas de comportamento das crianças/jovens estarem a aumentar ou, pelo menos, a identificarem-se com maior preocupação. Apesar das críticas ao acolhimento residencial, este constitui uma resposta para este tipo de jovens. De acordo com a mesma autora (2009), o acolhimento residencial na Suécia deveria seguir as seguintes orientações:

- Ser mais avaliado, no que diz respeito a conseqüências no desenvolvimento de crianças/jovens que estiveram acolhidos (procedimentos de *follow-up*);
- De acordo com as linhas orientadoras legais, o acolhimento residencial deveria ter equipas com formações mais adequadas, avaliações mais precisas relativamente a procedimentos e funcionamento interno e conseqüências de intervenção com as crianças/jovens;
- Existir orientações políticas mais consistentes, uma vez que, apesar do aumento da privatização deste sector e do aumento de crianças/jovens acolhidos, continua a existir uma lacuna nas orientações políticas e na prática diária observada.

Em **Espanha**, tendo em conta o progressivo desenvolvimento do acolhimento familiar, o modelo residencial familiar está a ser substituído pelo modelo residencial especializado devendo, desta forma, dar resposta à protecção de crianças e adolescentes com: problemas emocionais, comportamentais e de saúde mental que necessitam de intervenção terapêutica; situações de abandono; menores estrangeiros sem acompanhamento; e filhos que exercem violência sobre os pais (Del Valle & Arteaga, 2009). O acolhimento residencial tem várias funções no sistema de protecção infantil, no entanto, todas se revestem de intervenções especializadas e individualizadas, ou seja, é necessário oferecer locais próprios e adaptados, que tenham em conta a problemática das crianças e por esse motivo integrem profissionais

qualificados. Deve prevalecer assim um modelo de contexto educativo e terapêutico onde as estratégias reabilitativas dos profissionais qualificados potenciem ao máximo o desenvolvimento das crianças e jovens acolhidos (Del Valle, et al., 2008).

Alguns países como a **Alemanha** e **Áustria** desenvolveram modelos educativos no âmbito do acolhimento institucional com base nas *Folk High Schools*, que se baseavam nos princípios de *Grundting*, (filósofo holandês), que colocava as necessidades individuais e as relações interpessoais no centro dos processos de aprendizagem (Buck, 2004). É possível observar ainda uma grande heterogeneidade nas formas de acolhimento existentes na Europa. Nos Países Nórdicos observam-se cada vez mais instituições de dimensão reduzida, em oposição ao que se passa nos países da Europa do Leste, onde as instituições continuam a intervir em massa, sendo de grande dimensão e pouco especializadas. Se nos deslocarmos até aos países do Sul da Europa, é possível observar ainda a grande influência das ordens religiosas (Carneiro, et al., 2004).

A **Austrália**, tal como acontece na Irlanda e no Reino Unido, tem tentado demonstrar que os serviços de acolhimento familiar não são suficientes no sistema de protecção infantil, tendo o acolhimento residencial um papel fulcral na intervenção com crianças/jovens com necessidades muito específicas, para os quais o acolhimento familiar não consegue dar uma resposta adequada. É possível compreender a importância e necessidade do acolhimento residencial, sobretudo na implementação de estratégias educativas e planos terapêuticos especializados para crianças/jovens com perturbações emocionais e comportamentos difíceis de lidar. Contudo, o acolhimento residencial mantém-se muito dispendioso e com resultados pouco evidentes, em consequência de ser considerado uma medida de último recurso, em oposição a uma medida de implementação prioritária (Ainsworth & Hansen, 2009).

Nos **Estados Unidos da América (EUA)**, o panorama é semelhante, o acolhimento residencial já não constitui um tópico de discussão relativamente a ser considerado como uma resposta benéfica no acolhimento de crianças e jovens, quando comparado com o acolhimento familiar, com a clara excepção para as crianças/jovens com graves problemas emocionais e comportamentais, cujo acolhimento familiar não consegue dar resposta. Contudo, é reforçado o facto de não existirem estudos que comprovem nos EUA o benefício do acolhimento residencial especializado para estes casos, bem como, não existem investigações que impliquem alternativas ao acolhimento residencial, tendo em conta os problemas graves emocionais e de comportamento (Courtney & Hughes-Heuring, 2009).

Em **Israel**, nos últimos anos, o acolhimento residencial sofreu várias alterações, sobretudo, em relação a três grandes áreas: melhoria da qualidade do acolhimento,

diversificação do sistema de acolhimento de acordo com as diferentes necessidades de crianças/jovens acolhidos e fortalecimento da ligação entre os centros de acolhimento, as famílias e a comunidade (Dolev, Ben Rabi, & Zemach-Marom, 2009).

Se por um lado, países como a **Irlanda, Reino Unido, Suécia, Austrália, EUA, Israel e Espanha**, sugerem a utilização do acolhimento residencial como alternativa ao acolhimento familiar, tendo em conta situações cujas crianças/jovens possuem problemas de comportamento ou psiquiátricos com necessidade de intervenção intensiva e muito específica, existem outros países que ainda vivem a realidade inversa, sendo o acolhimento institucional a resposta predominante em situação de desprotecção infantil (Ainsworth & Hansen, 2009; Bullock & McSherry, 2009; Courtney & Hughes-Heuring, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Dolev, et al., 2009; R. Gilligan, 2009; Sallnäs, 2009). Países como a **Roménia, Coreia, Botswana, África do Sul** ou **Brasil** proclamam mais investigação para a melhoria do acolhimento residencial e a sua consequente alteração para um modelo mais próximo do familiar, com estruturas mais adaptadas, integradas na comunidade, com equipas qualificadas e com um número menor de crianças/jovens acolhidos (Gavrilovici, 2009; Lee, 2009; Maundeni, 2009; Rizzini & Rizzini, 2009; Stout, 2009). Contudo existem factores que interferem neste processo evolutivo, tal como acontece no **Brasil e na Roménia**, onde o futuro do acolhimento institucional depende de políticas nacionais relacionadas com a redução da pobreza e a promoção de economia, educação e apoio social para as famílias. Na **África do Sul e no Botswana**, os problemas relacionados com a SIDA constituem uma grande preocupação, sendo inerente uma alteração de medidas relacionadas com a saúde e com a resposta nas intervenções comunitárias e familiares, implícitas numa consequente alteração do modelo de acolhimento residencial em vigor (Courtney & Iwaniec, 2009).

Tendo em conta estas linhas orientadoras, será importante enquadrar o acolhimento institucional em Portugal, mais concretamente, o papel dos CATs, e perceber de que forma se protagoniza a sua intervenção.

4 INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO/ PERIGO EM PORTUGAL

4.1 Enquadramento sociolegal

A Criança como sujeito de direitos é algo que se encontra previsto na Declaração Universal dos Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1959 e na Convenção dos Direitos da Criança, aprovada pela

Organização das Nações Unidas (O.N.U.) em 1989 e ratificada por Portugal a 12 de Setembro de 1990.

De acordo com a lei 147/99 de 01 de Setembro, que aprovou a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), deve prevalecer o superior interesse da criança, ou seja, todas as intervenções relacionadas, directa ou indirectamente, com a criança ou jovem devem ter em conta os seus interesses e direitos (Ramião, 2007).

No nosso país, o **sistema de protecção infantil** está organizado segundo três níveis hierárquicos de actuação. Desta forma, a promoção dos direitos e a protecção da criança e do jovem em risco rege-se pelo princípio da subsidiariedade, ou seja, compete em primeiro plano às entidades com competência em matéria de infância e juventude (1ª linha de actuação); em segundo plano às CPCJ e, em última instância, ao Ministério Público (MP), quando as CPCJ não têm competência para actuar, seja por falta de consentimento dos responsáveis (pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem), ou por não terem meios para aplicar ou executar a medida de promoção e protecção mais adequada (Ramião, 2007).

Tendo em conta os patamares da intervenção na protecção infantil, é importante ter presente a clarificação de dois conceitos – risco e perigo – que funcionam como fronteiras para a definição da actuação das várias entidades (Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro). As situações de vulnerabilidade, que não forem superadas, podem vir a determinar o futuro perigo ou dano para a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral da criança, estas são consideradas situações de **risco** e devem ser acompanhadas pelas entidades de 1ª linha. Por sua vez, o **perigo** define-se como a probabilidade grave de dano da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento da criança, ou a já ocorrência desse dano. Estas situações são determinadas por acções ou omissões dos responsáveis, de terceiros, ou da própria criança, quando os responsáveis não se opõem de modo adequado a remover a situação de risco ou perigo (Delgado, 2006).

Tendo em conta as situações de perigo para a criança ou jovem, o Estado é responsável por promover a recuperação física e psicológica e a reinserção social da criança, vítima de negligência, maus tratos e exploração (art. 39º da Convenção dos Direitos da Criança). Para tal, as CPCJ ou o MP têm de recorrer, por vezes, à aplicação da medida de acolhimento institucional. Quando a criança é acolhida numa instituição com o objectivo de ser protegida, realizar tratamento físico ou psicológico, tem direito à revisão periódica do seu projecto de intervenção (art. 25º da Convenção dos Direitos da Criança) (IDS & CNCJR, 2000).

Numa perspectiva interventiva, a Convenção dos Direitos da Criança reconhece que as crianças e adolescentes têm direito a serviços apropriados e especializados. Estes serviços devem ser articulados com as escolas e centros de saúde e caracterizam-se por cuidados ao nível da saúde mental e física de uma forma integrada (IDS & CNCJR, 2000).

4.2 Acolhimento institucional em Portugal

Actualmente, o Sistema Nacional de Acolhimento para crianças e jovens em perigo organiza-se de acordo com as seguintes respostas sociais (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006):

- Acolhimento familiar para crianças e jovens – a criança/jovem integra uma família, devidamente habilitada para tal;
- Centro de acolhimento temporário – esta forma de acolhimento, de carácter urgente e temporário, não deverá exceder os seis meses;
- Lar de infância e juventude – quando se prevê um acolhimento institucional superior a seis meses;
- Apartamento de autonomização – apoiam a transição para a vida adulta de jovens com competências para tal;
- Lar residencial – destinado a jovens e adultos com deficiência;
- Centros de apoio à vida – acompanhamento de mulheres grávidas ou com filhos recém-nascidos, em risco socioemocional;
- Lar de apoio – para crianças/jovens com necessidades educativas especiais.

De acordo com (Gomes, 2010), o acolhimento institucional em Portugal tem sofrido várias alterações positivas. Apesar de algumas instituições abrangerem ainda um elevado número de crianças e, conseqüentemente, uma grande diversidade de necessidades, os técnicos que as compõem começam a evidenciar necessidades formativas para conseguir responder às características, cada vez mais complexas, das crianças/jovens acolhidos. Paralelamente, tem-se observado uma preocupação crescente na organização e sistematização da intervenção em acolhimento institucional.

De acordo com o Plano de Intervenção Imediata (PII)¹, em 2007, mais de 11 mil crianças e jovens estavam acolhidos em Portugal, sendo que a maioria não tinha qualquer projecto de

¹ O Plano de Intervenção Imediata é um documento elaborado anualmente pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social para a Assembleia da República, que tem como finalidade caracterizar a situação actual e a evolução registada no acolhimento das crianças e jovens em perigo em Portugal.

vida² delineado (Instituto de Segurança Social, 2008). Em 2008, na sequência do Plano DOM³, protagonizado pela Segurança Social, permaneceram em acolhimento 9956 crianças e jovens, em que apenas 25% não tinha ainda um projecto de vida delineado (Instituto da Segurança Social, 2009). Em 2009, mantêm-se em acolhimento 9563 Crianças e Jovens, contudo, apenas 3% das crianças não apresenta um projecto de vida definido (Instituto de Segurança Social, 2010) o que reflecte a actual preocupação e investimento no tempo da criança e na estruturação da intervenção mais adequada, tendo em conta a avaliação de cada situação.

O PII descreveu em 2009, pela primeira vez, os factores relacionados com a prevalência de características das crianças e jovens acolhidos, tais como, os problemas de comportamento, a toxicodependência, os problemas de saúde mental, a debilidade mental, a deficiência mental e a deficiência física. Constatou-se ainda uma elevada prevalência de problemas de comportamento em crianças e jovens acolhidos em Portugal, cerca de 13%. As crianças com esta problemática começam a ser identificadas de forma expressiva a partir dos seis a nove anos, atingindo a sua expressão máxima na faixa etária 15-17 anos (Instituto de Segurança Social, 2010), o que reforça o carácter precoce do aparecimento dos problemas de comportamento e o conseqüente agravamento das conseqüências no futuro dessas crianças.

Estes dados vêm permitir traçar um novo perfil das crianças em acolhimento institucional, que exprimem o seu mal-estar interno através de formas de comportamento externalizado. Foram ainda detectadas crianças que, em idade de escolaridade obrigatória, não estão integradas em estabelecimentos de ensino, sendo que muitas destas crianças apresentam problemas de comportamento (Instituto de Segurança Social, 2010). De acordo com os dados do relatório da CNCJR⁴ (2010), é possível verificar que, no conjunto das crianças e jovens que não estão integrados em nenhum tipo de ensino, houve um aumento muito significativo das crianças dos seis aos 10 anos, o que não aconteceu com as restantes faixas etárias, sendo por esse motivo sugerido um estudo aprofundado face à preocupação que estes dados sugerem. Apesar de a grande maioria das crianças e jovens em 2009 ter como motivo de **sinalização a negligência (36%)**, tal como ocorreu em anos anteriores, o segundo motivo diz

² O Projecto de Vida é um plano sustentado de intervenção onde se traçam as directivas e acções que pautarão o futuro da criança ou jovem em risco. Este deverá ser bem alicerçado, de forma a potenciar uma reinserção eficaz da criança/ jovem na sociedade.

³ O Plano DOM - Desafios, Oportunidades e Mudanças, de âmbito nacional, tem como objectivo principal a implementação de medidas de qualificação da rede de lares de infância e juventude, para uma melhoria contínua da promoção de direitos e protecção das crianças e jovens acolhidas, no sentido da sua educação para a cidadania e desinstitucionalização, em tempo útil.

⁴ Relatório anual de avaliação e descrição da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens Nacionais, referente ao ano de 2009, elaborado pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR).

respeito à **exposição a modelos de comportamento desviante** (17%) (CNCJR, 2010) que, tal como referido anteriormente, poderá ser um dos factores causais para o surgimento de problemas de comportamento na criança (Herbert & Wookey, 2004; Kaiser & Hester, 1997).

4.3 Características das crianças/jovens em acolhimento institucional

A investigação tem sublinhado uma maior **prevalência de dificuldades sociocomportamentais** em crianças colocadas em ambiente institucional, sobretudo problemas de comportamento e limitações ao nível da competência social e da interacção com os pares (Ainsworth & Hansen, 2009; Bullock & McSherry, 2009; Chakraberti & Hill, 2000; Courtney & Hughes-Heuring, 2009; Courtney & Iwaniec, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; R. Gilligan, 2009; Gomes, 2010; Instituto de Segurança Social, 2010; Johnson, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2006; Sallnäs, 2009).

Em Portugal, as crianças e jovens em acolhimento são, na maioria, vítimas de maus-tratos, abuso e negligência e apresentam problemas no relacionamento com os pares e com os adultos, dificuldades de aprendizagem, comportamentos agressivos e problemas de saúde mental (Gomes, 2010).

De facto, as crianças acolhidas apresentam elevadas taxas de problemas de desenvolvimento, de saúde, psicológicos, psiquiátricos e educacionais, representando um público significativo dos serviços de saúde infantil. Vários estudos referem, mais especificamente, que cerca de 24 a 92% das crianças em acolhimento institucional demonstram elevadas taxas de problemas de comportamento, tais como impulsividade, raiva, comportamento destrutivo, mentira e roubo e, por esse motivo, necessitam de uma intervenção especializada (Keil & Price, 2006; Linares, 2006; Taussig, 2002).

As crianças acolhidas, com historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, apresentam maior dificuldade em serem reinseridas nas suas famílias. Sabe-se também que o **acolhimento disruptivo** está muito associado aos problemas de comportamento. Desta forma, cria-se um ciclo onde o sucesso do acolhimento fica condicionado negativamente devido aos problemas de comportamento da criança e, por sua vez, os abandonos sucessivos provenientes de situações em que o acolhimento falha, aumentam os problemas de comportamento. Logo, se uma criança for retirada de um envolvimento negligente ou abusivo, e confrontada novamente com uma situação disruptiva, através de inúmeras falhas no acolhimento, a confiança e vinculação com o adulto ficará cada vez mais comprometida (Keil & Price, 2006; Newton,

Litrownik, & Landsverk, 2000), entre outros problemas que poderão emergir face a este quadro.

As crianças em acolhimento têm também maior probabilidade de experienciar uma situação traumática adicional por serem afastadas, para além dos seus pais, dos seus locais de convívio habitual, tal como da escola, dos seus amigos da vizinhança e de familiares. Contudo, o **suporte social** foi estudado e analisado como sendo um factor moderador entre o mau trato precoce e os problemas emocionais e de comportamento posteriores. Assim, as crianças com um passado de mau trato que conseguem construir uma rede de suporte social, tal como, amigos, técnicos de referência, familiares, grupos de convívio, conseguem aumentar os seus factores protectores (Taussig, 2002). Por este motivo, a instituição deverá ser mais do que um espaço físico, proporcionando um refúgio afectivo dentro de um papel activo desempenhado com cada criança acolhida, não se limitando a funções passivas de controlo e supressão de necessidades básicas (Martins, 2004).

4.4 Intervenção com crianças e jovens em acolhimento institucional

Genericamente, para que uma intervenção seja eficaz, o acolhimento institucional deverá ser transitório, reparador e terapêutico, bem como, permitir uma intervenção adequada com a criança e família, estando disponível para uma avaliação e supervisão criteriosas, aspectos essenciais na monitorização de um trabalho eficaz (Gomes, 2010). Em particular, a intervenção deverá reger-se por alguns princípios importantes, entre eles (Del Valle & Fuertes, 2000): promover a integração social, preparar para a autonomia, apoiar as famílias, garantir segurança e protecção, proporcionar um projecto de vida, ter em conta a individualidade de cada criança, respeitar os direitos da criança e família, satisfazer as necessidades básicas da criança, garantir a escolaridade ou outra alternativa educativa e assegurar os cuidados de saúde (física e psicológica) da criança.

De acordo com (Gomes, 2010), a medida de acolhimento residencial deveria reorganizar-se de acordo com dois níveis:

- O **acolhimento regular** que incluiria: casas de acolhimento de emergência; casas de acolhimento para promoção da família; casas de acolhimento para promoção da autonomia; e apartamentos de autonomização.
- O **acolhimento terapêutico-educativo** que incluiria: casas de acolhimento para promoção da socialização (para jovens com problemas de comportamento); casas de acolhimento para jovens em perigo e com problemas graves de saúde mental; e casas de acolhimento para jovens em perigo, com deficiência mental. Tendo em conta as

dificuldades sentidas em relação à intervenção com crianças/jovens com necessidades muito específicas, em acolhimento institucional, poderá considerar-se como medida mais adequada a integração em centros especializados (Del Valle, et al., 2008).

Os conflitos no acolhimento institucional têm aumentado, sobretudo devido ao aumento de crianças e jovens com problemas de comportamento, especialmente com características de agressividade, tal como referido. Estas crianças e jovens, que apresentam um comportamento anti-social, constituem uma categoria de grande risco para qualquer tipo de acolhimento (Del Valle & Arteaga, 2009; Sallnäs, Vinnerljung, & Westermarck, 2004). Por este motivo, é importante que os técnicos e cuidadores tenham formação para lidarem com comportamentos desafiantes e de auto e heteroagressividade. Esta formação deverá reger-se por princípios inerentes à compreensão e enquadramento do comportamento da criança e, também, por formas de intervenção específicas, tais como técnicas de gestão de conflitos (Gomes, 2010).

Deste modo, e sistematizando algumas possibilidades de intervenção no âmbito do acolhimento institucional, podem destacar-se três vectores orientadores:

- A intervenção terapêutica desenvolvida com a criança individualmente, tal como, o **acompanhamento psicoterapêutico**. De acordo com Hunter (2001) a psicoterapia com crianças em acolhimento é essencial na superação do trauma associado ao motivo do acolhimento, bem como, na redução dos comportamentos externalizados;
- O **treino de competências pessoais e sociais**, nomeadamente, através da resolução de conflitos, treino de estratégias de auto-controlo e assertividade (Keil & Price, 2006; Rios & Williams, 2008). Estas formas de intervenção regem-se por programas que se baseiam no modelo cognitivo-comportamental e podem ser desenvolvidas num trabalho individual ou de grupo;
- A **intervenção familiar**, designadamente, ao nível do treino das competências e modelos parentais. A intervenção familiar foi alvo de vários estudos que comprovaram a sua eficácia na redução dos problemas de comportamento (Hautmann, Hanisch, Mayer, Pluck, & Dopfner, 2008; Rios & Williams, 2008; Webster-Stratton, et al., 2004). Esta intervenção deve ser caracterizada pela promoção das competências da família, e não pelo reforço das suas dificuldades (Del Valle, et al., 2008; Gomes, 2010; Rios & Williams, 2008). Alguns estudos concluíram que o contacto saudável com os familiares durante o período de acolhimento pode ser um factor protector para a criança (Sallnäs, et al., 2004).

- A **articulação** com os vários serviços da comunidade, implicados na vida e desenvolvimento da criança e da sua família (Del Valle, et al., 2008).

Paralelamente, é possível implementar diferentes modelos de intervenção com as crianças/jovens que apresentam problemas de comportamento, no contexto do acolhimento residencial, tendo em conta o papel dos educadores. São propostas por (Del Valle & Arteaga, 2009) algumas formas de intervenção com base nos seguintes modelos:

- **Modelo de resposta controladora:** tem como base a implementação de consequências imediatas para determinado comportamento através de reforços positivos e punições. Adequa-se em situações em que a criança/jovem tem graves dificuldade de auto-controlo, servindo como medida reorganizadora, contudo poderá torna-se numa estratégia demasiado rígida;
- **Modelo de resposta didáctica:** baseia-se no diálogo, centrado na análise da experiência e dos problemas de relacionamento e principais dificuldades vividas pelas crianças/jovens, como forma de integração e compreensão do comportamento. Este modelo poderá ser difícil de implementar em situações de crise, uma vez que necessidade de tempo, flexibilidade e consistência;
- **Modelo de resposta reguladora:** utiliza-se para promover adesão a rotinas, tarefas e obrigações claramente definidas. É importante para implementar um ambiente organizador e estruturado, em que se repetem as actividades e reforçam o cumprimento sistemático das mesmas. Poderá conduzir a um excesso de preocupação com os aspectos formais de organização e planeamento em prol das necessidades e motivações das crianças/jovens;
- **Modelo de resposta empática:** baseia-se numa intervenção, não directiva, em sintonia emocional e empática com a criança/jovem. O objectivo é fazer com que se sintam bem consigo mesmos e por esse motivo, possam abordar sentimentos dolorosos e situações de conflitos com respostas mais adaptadas. Este modelo deverá complementar outros que evidenciem o trabalho nos limites e regras.
- **Modelo de resposta relacional:** o objectivo é a vinculação através da fomentação de uma relação estreita com as crianças/jovens. Tendo em conta a relação de proximidade, constrói-se uma motivação implicada na manutenção de uma relação consistente e afectiva que molda a possibilidade de ajustamento e adaptação através de um contínuo apoio. É necessário ter alguma atenção na gestão da dependência.

Estas formas de intervenção devem ser consideradas no trabalho diário desenvolvido pelos educadores, em especial. Contudo, não são considerados modelos estanques que se aplicam consoante o tipo de instituição, mas sim, consoante as características de cada criança. Deste modo, devem ser apreendidos todos os modelos para, posteriormente, ser possível uma selecção adequada às reais necessidades da criança.

De uma forma geral, podem considerar-se como orientações para a **melhoria da intervenção no acolhimento residencial**, as seguintes (Courtney & Iwaniec, 2009):

- Especialização do acolhimento residencial, face às alterações nas necessidades das crianças (sobretudo em relação aos problemas de comportamento e perturbações de saúde mental);
- Melhoria nos modelos de intervenção familiar;
- Integração de suporte educacional (maior investimento em modelos educacionais e sociais, tendo em conta uma articulação com os estabelecimentos educativos);
- Promoção de apoio após a saída das crianças/jovens do acolhimento residencial (articulação com serviços comunitários);
- Qualificação e organização das equipas (são considerados essenciais os aspectos relativos à formação profissional mas também às questões relacionadas com a diminuição da rotatividade dos técnicos e o maior *ratio* adulto-criança);
- Monitorização da qualidade (é importante estabelecer princípios orientadores quanto aos procedimentos formais destes centros e à sua consequente necessidade de supervisão, nomeadamente, na avaliação e definição de projectos relativos às crianças/jovens acolhidos).

Resumindo, são necessárias melhorias contínuas no acolhimento residencial, para que a instituição se torne no lugar onde a criança possa ampliar as suas possibilidades desenvolvimentais, onde possa ser acolhida, não apenas no suprimento de necessidades físicas, mas principalmente emocionais (Cecatto, 2008; Martins, 2004).

É por isso impreterível que o acolhimento institucional seja funcional em todos os seus domínios e que promova a necessária estabilidade, suprimindo as necessidades subvalorizadas da criança e, acima de tudo, transmitindo-lhe novos modelos e novas possibilidades, num universo relacional saudável e disponível.

Embora existam preocupações com os problemas de comportamento das crianças em várias instituições, e vários CATs reconhecerem que têm recursos para integrarem estas crianças (Martins, 2004), as respostas necessárias continuam a requerer uma especificidade

que permita, realmente, suprir as reais necessidades destas crianças e assim garantir que os seus direitos se afastem da utopia que, muitas vezes, sentimos no nosso sistema de protecção infantil.

Torna-se, por isso, importante obter um conhecimento mais aprofundado da realidade do acolhimento institucional em Portugal, nomeadamente tendo em conta o aumento de problemas de comportamento nas crianças e jovens acolhidos. A criação de respostas de acolhimento especializadas com modelos terapêuticos de intervenção protagoniza uma das prioridades da actualidade (Instituto de Segurança Social, 2010). Por este motivo, o estudo aprofundado dos problemas de comportamento e da sua intervenção em contexto de CAT assume uma importância acrescida.

5 ESTUDO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CENTROS DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

5.1 Introdução

Tendo em conta o enquadramento teórico realizado anteriormente, em forma de síntese, podemos constatar que:

- Existe uma prevalência entre **10 a 20% de perturbações do comportamento em crianças com idade escolar** (Herbert & Wookey, 2004; Steiner & Dunne, 1997);
- As perturbações do comportamento que surgem durante a **3ª infância** têm consequências mais graves, nomeadamente, na **persistência dos comportamentos anti-sociais graves na idade adulta**, podendo estes evoluir para uma perturbação de personalidade anti-social (APA, 2000; Herbert & Wookey, 2004; Keil & Price, 2006);
- A prevalência dos problemas de comportamento nas crianças e jovens é significativamente maior no **sexo masculino** (6 a 16%), sendo que no sexo feminino varia entre 2 a 9% (APA, 2000);
- Existe uma maior **prevalência de dificuldades sociocomportamentais** em crianças colocadas em **ambiente institucional**, sobretudo problemas de comportamento e limitações ao nível da competência social e da interacção com os pares (Ainsworth & Hansen, 2009; Bullock & McSherry, 2009; Chakraberti & Hill, 2000; Courtney & Hughes-Heuring, 2009; Courtney & Iwaniec, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; R. Gilligan, 2009; Gomes, 2010; Instituto de Segurança Social, 2010; Johnson, et al., 2006; Sallnäs, 2009);

- Cerca de **24 a 92%** das crianças em acolhimento institucional demonstram elevadas taxas de problemas de comportamento, tais como impulsividade, raiva, comportamento destrutivo, mentira e roubo e, por esse motivo, necessitam de uma **intervenção especializada** (Keil & Price, 2006; Linares, 2006; Taussig, 2002);
- Em Portugal, cerca de **13% das crianças/jovens acolhidos são descritos como tendo problemas de comportamento** que comprometem a sua adaptação e desenvolvimento (Instituto de Segurança Social, 2010);
- As crianças acolhidas, com um **historial de mau trato**, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, apresentam maior dificuldade em serem reinseridas nas suas famílias (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006);
- O sucesso do acolhimento pode ser condicionado negativamente pelos problemas de comportamento e, por sua vez, os **abandonos sucessivos**, decorrentes de situações em que o acolhimento falha, contribuem para agravar os problemas de comportamento existentes (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006; Sallnäs, et al., 2004), num ciclo perverso para a criança/jovem;
- Países como a **Irlanda, Reino Unido, Suécia, Austrália, EUA, Israel e Espanha**, sugerem a utilização do acolhimento residencial como alternativa ao acolhimento familiar, tendo em conta situações cujas crianças/jovens possuem problemas de comportamento ou psiquiátricos com necessidade de intervenção intensiva e muito específica (Ainsworth & Hansen, 2009; Bullock & McSherry, 2009; Courtney & Hughes-Heuring, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Dolev, et al., 2009; R. Gilligan, 2009; Sallnäs, 2009);
- Genericamente, para que uma intervenção seja eficaz, o acolhimento institucional deverá ser **transitório, reparador e terapêutico**, bem como, permitir uma intervenção adequada com a criança e família, estando disponível para uma avaliação e supervisão criteriosas (Gomes, 2010).

Em síntese, as crianças com problemas de comportamento em acolhimento têm aumentado cada vez mais; constitui um direito para estas crianças poderem usufruir de uma intervenção específica para as suas necessidades, para que se consiga diminuir ou resolver os problemas com que a criança se confronta, assim como as suas consequências, de forma a

promover as condições óptimas para o seu desenvolvimento e funcionamento socialmente adaptados.

Até que ponto as respostas dos CATs em Portugal se adequam às reais necessidades das crianças com esta problemática?

5.2 Objectivos e método

O presente estudo adopta um referencial de análise predominantemente quantitativo, embora não dispense a análise qualitativa da informação obtida.

A **análise qualitativa** começa com uma intenção de explorar uma área particular, recolhendo dados (observações, entrevistas ou questionários), e generalizando ideias e hipóteses a partir desses dados através daquilo que é conhecido como raciocínio indutivo (Pereira, 2004). Através da análise de conteúdo tenta-se ultrapassar o nível manifesto, articulando o texto com o contexto psicossocial e cultural. Desta forma, são elaboradas categorias e será produzido um texto síntese em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas. Geralmente, é recomendável que se faça uso intensivo de citações directas dos dados originais (Moraes, 1999).

A **análise quantitativa** terá como base o tratamento estatístico dos dados, utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 17.0 para o Windows.

5.2.1 Objectivos

O objectivo geral do estudo consiste em caracterizar o fenómeno dos problemas de comportamento em crianças em acolhimento institucional temporário. Mas especificamente pretende-se:

- Determinar a prevalência dos problemas de comportamento nas crianças em regime de acolhimento institucional (CAT), a nível nacional;
- Avaliar a existência e o tipo de respostas que os CAT proporcionam a estas crianças.

5.2.2 Método

5.2.2.1 Participantes

A selecção dos participantes para este estudo foi feita com base nos CAT nacionais que acolhem crianças na faixa etária dos seis aos 10 anos, sendo que estas crianças devem ter integrado o CAT há pelo menos três meses. O tempo de permanência no CAT foi estipulado tendo em conta a perturbação de adaptação classificada no DSM-IV. De acordo com este

manual, os sintomas emocionais ou comportamentais que surgem em resposta a uma situação de *stress* psicossocial desenvolvem-se num período máximo de três meses após o acontecimento (APA, 2000). Pretendeu-se, deste modo, não confundir eventuais problemas de comportamento decorrentes do e no período de adaptação, por definição transitórios, com outros de etiologia e semiologia diferente, portanto, também com um diagnóstico e intervenção distintos.

A faixa etária, por sua vez, foi escolhida tendo em conta o dado de que os problemas de comportamento emergentes na infância, sem intervenção adequada, tendem a persistir na idade adulta, podendo evoluir para perturbações severas da personalidade. Os problemas de comportamento tendem a ser mais graves quanto mais prematura for a sua manifestação (Herbert & Wookey, 2004; Keil & Price, 2006). Por outro lado, sabe-se também que quanto mais precoce for a intervenção sobre os comportamentos problemáticos, maior a probabilidade da criança conseguir ultrapassar as suas dificuldades (DuPaul & Stoner, 1994; Hinshaw, 1992).

Tendo em conta um universo de 127 CATs nacionais (Figura 1), foram excluídos 26 CATs pois não abrangiam idades compreendidas no intervalo definido (seis aos 10 anos). Dos 101 CATs seleccionados, apenas 53 participaram neste estudo, fornecendo as informações solicitadas, ou seja, cerca de 52% dos CATs seleccionados.

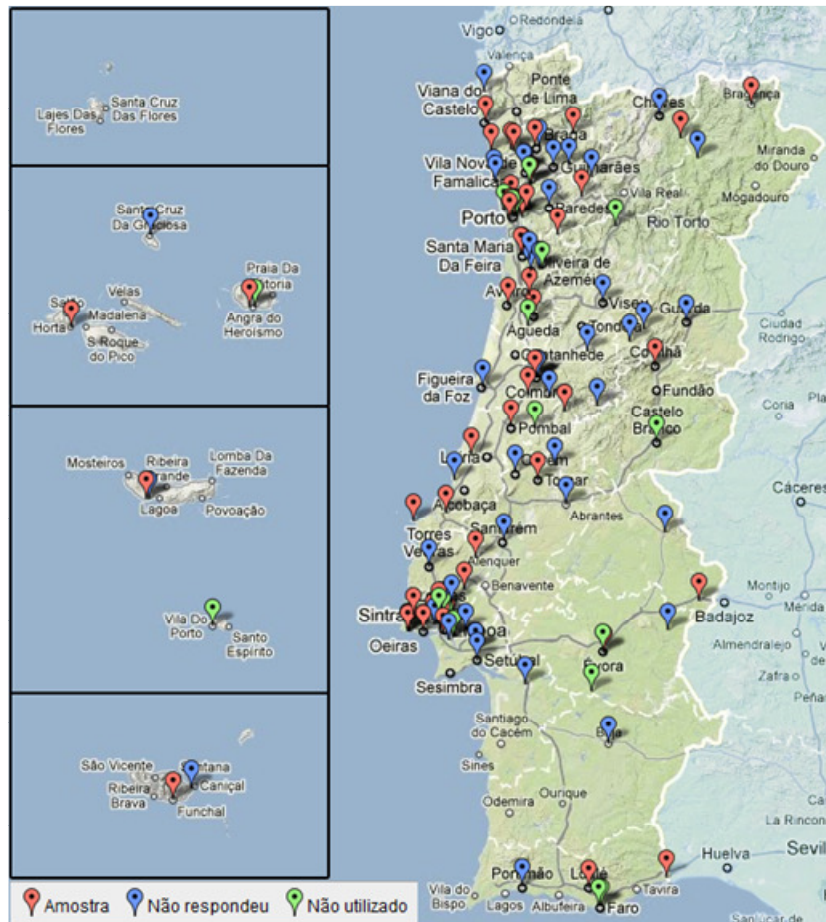


Figura 1 – Distribuição geográfica dos CATs nacionais: CATs constituintes da amostra do estudo (a vermelho), CATs seleccionados que não participaram no estudo (a azul) e CATs não seleccionados (a verde)⁵.

5.2.2.2 Caracterização sociodemográfica dos CAT

Tal como se pode observar na Figura 1, a maioria dos CATs da amostra situa-se nas zonas Norte e Centro do país (constituindo cerca de 64% da amostra - **Quadro 1**), reforçando uma tradição cultural de acolhimento prevalente nestas regiões.

Relativamente à **capacidade** dos CATs participantes, esta varia dentro de um intervalo compreendido entre nove e 48 crianças, verificando-se, por isso, uma grande dispersão no que se refere a esta variável, o que expressa pouca uniformidade em relação a este critério. Contudo, a média de crianças por cada CAT é de 16 crianças, o que perfaz um número mais próximo de um modelo desejável, onde o menor número de crianças permite uma intervenção mais focalizada.

No total dos CAT analisados estavam acolhidas, à data de Junho de 2010, 497 crianças/jovens, aproximadamente 55% do sexo masculino e 45% do sexo feminino.

⁵ Adaptado de mapa de Portugal, retirado de www.maps.google.com, em Julho de 2010.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos CATs.

Variável (CAT)	Categoria	n	Freq.	%	Mín.	Máx.	\bar{x}	s
Zona País	Norte		20	37.7	-	-	-	-
	Centro		14	26.4	-	-	-	-
	Lisboa	53	11	20.8	-	-	-	-
	Sul		4	7.5	-	-	-	-
	R. Autónomas		4	7.5	-	-	-	-
Capacidade	-	53	-	-	9	48	16.64	6.63
Nº Total Meninos	-	30	-	-	4	25	9.10	5.21
Nº Total Meninas	-	30	-	-	0	23	7.47	4.27
Nº Crianças 6-10 anos	-	53	-	-	1	15	6.09	3.12
Idade Mínima	-	53	-	-	0	6	0.68	1.64
Idade Máxima	-	53	-	-	6	22	12.98	3.26
Intervalo Idades	-	53	-	-	6	18	12.30	3.47
<i>Ratio</i>	-	51	-	-	0.10	1.50	0.56	0.33
Função Inquirido	Director Técnico		43	81.1	-	-	-	-
	Psicólogo	53	9	17.0	-	-	-	-
	Assistente Social		1	1.9	-	-	-	-
Formação Académica Inquirido	Secundário		1	1.9	-	-	-	-
	Licenciatura	53	44	83.0	-	-	-	-
	Pós-Graduação		2	3.8	-	-	-	-
	Mestrado		6	11.3	-	-	-	-
Composição Equipa Técnica	Serviço Social, Psicologia e Educação	53	32	60.4	-	-	-	-
	Serviço Social e Psicologia		6	11.3	-	-	-	-
	Outras		15	28.3	-	-	-	-

A **idade mínima** das crianças acolhidas nos CAT que constituem a amostra varia entre os zero e os seis anos, sendo que 81% dos CAT inquiridos têm capacidade para integrar crianças antes do primeiro ano de idade; a **idade máxima** varia entre os seis e os 22 anos, sendo que

51% abrange uma idade máxima de 12 anos, o que faz prever uma grande diversidade de crianças e jovens do ponto de vista etário e, conseqüentemente, desenvolvimental. Esta diferença de dados quanto às idades máxima e mínima faz antever uma maioria de centros que incluem no seu universo de crianças/jovens, bebês e crianças até aos 12 anos, inclusive.

Relativamente à **faixa etária** que constitui objecto do presente estudo - crianças entre os seis e os 11 anos - verifica-se uma média de seis crianças por CAT.

Quanto ao **ratio** adulto-criança por CAT, existe em média um adulto para cada duas crianças, o que parece um valor elevado e, sem dúvida, um factor essencial no acompanhamento das crianças/jovens acolhidos. Resta saber, no entanto, se existe uma continuidade no acompanhamento das crianças, ou seja, se não existe uma rotatividade exagerada, face aos prejuízos que daí advêm para as crianças, bem como, perceber se os elementos que integram os CATs estão dotados das competências e formação necessárias, nomeadamente os monitores, pela sua proximidade com as crianças/jovens.

Na maioria dos CATs inquiridos, foi a figura do director técnico que respondeu ao questionário enviado (81%), sendo a sua **formação académica** correspondente, maioritariamente, ao grau de licenciatura (83%), com maior incidência nas áreas de Psicologia (45%) e de Serviço Social (36%). Não tendo sido avaliada a existência de outras formações pós-graduadas, eventualmente específicas na área do acolhimento de crianças/jovens, permanece a incerteza quanto à formação especializada que caracteriza a maioria dos responsáveis dos CATs, partindo do princípio de que a formação académica de base (licenciatura) poderá ser demasiado generalista, tendo em conta o contexto do acolhimento institucional.

Em 60% dos CATs, a **equipa técnica** é composta apenas por técnicos de Serviço Social, de Psicologia e de Educação. Em alguns CATs são ainda identificados técnicos de outras áreas, tais como, sociologia, medicina, animação sociocultural, direito, psicopedagogia, terapia da fala e psicomotricidade, contudo, estes são uma pequena minoria que evidencia a pouca diversidade nas equipas técnicas, certamente configuradas pelos requisitos legalmente estabelecidos, que poderá condicionar a especificidade da intervenção protagonizada por cada CAT (**Quadro 2**).

Quadro 2 – Distribuição das componentes de formação das equipas técnicas dos CATs analisados.

Áreas de Formação	n	Freq.	%
Psicologia	53	50	94.3
Serviço Social		49	92.5
Educação		44	83.0
Sociologia		3	5.7
Medicina		3	5.7
Direito		3	5.7
Animação Sociocultural		2	3.8
Psicopedagogia		2	3.8
Psicomotricidade		1	1.9
Terapia da Fala		1	1.9

5.2.2.3 Amostra das crianças

Num total de 497 crianças acolhidas nos CAT inquiridos, 323 crianças correspondem ao intervalo de idade compreendido entre os seis e os 11 anos de idade, ou seja, cerca de 65% do total de crianças. Destas, cerca de 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino, tal como se pode observar no **Quadro 3**.

Quadro 3 – Caracterização da Amostra das Crianças.

Variável (Crianças)	Categoria	n	Freq.	%	Mín.	Máx.	\bar{x}	s
Zona País	Norte	323	131	40.6	-	-	-	-
	Centro		78	24.1	-	-	-	-
	Lisboa		72	22.3	-	-	-	-
	Sul		26	8.0	-	-	-	-
	Regiões Autónomas		16	5.0	-	-	-	-
Idade		252	-	-	6	10	7.99	1.43
Sexo	Masculino	245	146	59.6	-	-	-	-
	Feminino	245	99	40.4	-	-	-	-

5.2.2.4 Medidas

Relativamente às medidas, optou-se por elaborar um **questionário**. Os questionários apresentam-se como vantajosos quando o objectivo se prende com a reunião de informação de carácter objectivo, proveniente de um número extenso de fontes, neste caso, os vários CATs a nível nacional, constituindo-se como medidas mais económicas. Desta forma, entendeu-se que seria mais eficaz serem os próprios técnicos a fornecer essa informação, promovendo um momento de reflexão sobre a população atendida, nomeadamente, em relação às crianças que têm problemas de comportamento e à forma como intervêm com estas. Este processo pode, deste modo, desencadear algum impacto nestes centros, constituindo-se como um momento de avaliação formativa (Martins, 2004), neste caso concreto, em relação à identificação e intervenção nos problemas de comportamento.

O questionário dirigiu-se a directores, ou técnicos de referência, e teve como **objectivo geral** conhecer a expressão do fenómeno dos problemas de comportamento em contexto de acolhimento institucional temporário, sendo os seus **objectivos específicos** os seguintes:

- Determinar a taxa de prevalência do fenómeno dos problemas de comportamento na população do estudo, ou seja, em crianças em idade escolar;
- Averiguar se os problemas de comportamento são sentidos como uma dificuldade para os técnicos dos CATs, nomeadamente, em relação aos recursos disponíveis para a sua intervenção;
- Apurar se os problemas de comportamento são objecto de uma intervenção intencional e especializada;
- Verificar, através da opinião dos técnicos, que estratégias poderiam contribuir para uma intervenção mais eficaz nos problemas de comportamento, partindo do princípio que esta seria uma necessidade sentida nos CATs.

Este questionário, sob a forma de inquérito, não constitui um instrumento de avaliação dos problemas de comportamento, mas sim, uma forma de obter informação, organizada e sistemática, relativamente à dimensão dos problemas de comportamento das crianças que integram estes centros. Esta escolha reflecte, por um lado, a especificidade da informação pretendida para o presente estudo, por outro, a necessidade de obter a informação à distância, que recomendou que não fossem usados instrumentos de avaliação com requisitos de aplicação muito cuidados, nomeadamente, na área da psicologia.

A **selecção das questões do questionário** teve como base:

- A **revisão da literatura**, nomeadamente, em relação à caracterização teórica do conceito de *problemas de comportamento*;
- Os **instrumentos de avaliação** utilizados noutros estudos, relativamente aos sintomas dos problemas de comportamento;
- As **formas de intervenção** conhecidas para este tipo de problemática.

Para sistematizar e organizar a informação solicitada no questionário, optou-se por dividir os problemas de comportamento em cinco categorias (descritas e caracterizadas no capítulo 1.1, referente à definição do conceito de problemas de comportamento), que são as seguintes: **comportamento de oposição** (1ª categoria); **comportamento agressivo** (2ª categoria); **comportamento anti-social** (3ª categoria); **comportamento desviante** (4ª categoria); e **comportamento delinvente** (5ª categoria).

As categorias de comportamento e, respectivos itens incluídos em cada uma, foram seleccionados de acordo com os seguintes instrumentos de avaliação, cuja descrição se encontra no Anexo A:

- *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991);
- *Behavior Assessment System for Children* (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1992);
- *The Nisonger Child Behavior Rating Form* (CBRF) (Tassé, Aman, Hammer, & Rojahn, 1996);
- *Antisocial and Criminal Behavior Questionnaire* (ACBQ) (Seisdedos, 1988).

O **Quadro 4** sintetiza a informação utilizada para cada categoria do questionário. As escalas dos instrumentos referidos, que foram utilizadas como referência para a criação dos itens do questionário, encontram-se no Anexo B.

Quadro 4 – Categorias do questionário e respectivas fontes.

Categorias	Justificação
Comportamento de oposição	<p>Esta categoria foi definida com base na estrutura da versão portuguesa da CBCL, que subdivide a subescala de agressividade em dois factores: agressividade e oposição/ imaturidade. A selecção dos itens para esta categoria foi feita com base:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBCL (subescala agressividade - comportamento de oposição/ imaturidade); <p>Critérios do DSM-IV para perturbação de oposição.</p>

<p>Comportamento agressivo</p>	<p>A escolha desta categoria, bem como dos itens que a constituem, foi realizada com base nos seguintes instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBCL (subescala comportamento agressivo); • BASC (escala agressividade); • CBRF (subescalas de problemas de comportamento).
<p>Comportamento anti-social</p>	<p>O comportamento anti-social, apesar de estar presente em várias formas de comportamento externalizado (ver capítulo 1.1), assenta numa padrão de relacionamento específico, bem como, no incumprimento reiterado de regras (Patterson, et al., 1992), motivo pelo qual se escolheu distinguir também este tipo de comportamento. Os itens desta categoria foram escolhidos com base nos seguintes instrumentos de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBCL (subescala de problemas sociais); • BASC (escala problemas de comportamento); • CBRF (subescalas de adaptação social e problemas de comportamento).
<p>Comportamento desviante</p>	<p>A divisão entre comportamento desviante e delinvente foi realizada com base no ACBQ (Seisdedos, 1988), que utiliza as infracções criminais como forma de distinguir duas formas de “desvio” de comportamento.</p>
<p>Comportamento delinvente</p>	<p>De acordo com Ferreira (1997), a delinquência juvenil diz respeito às infracções criminais que ocorrem na infância e adolescência – sendo este tipo de comportamento enquadrado na escala de comportamento delinvente. O agrupamento na categoria de comportamento desviante terá em conta a infracção das normas de um grupo, que podem não estar formalizadas por uma lei (Schaeffer, 2006).</p> <p>Os itens destas duas categorias foram escolhidos com base nos seguintes instrumentos de avaliação:</p> <p>CBCL (subescala de comportamento delinvente);</p> <p>BASC (escala problemas de comportamento).</p>

Relativamente às perguntas do questionário sobre as **formas de intervenção** proporcionadas pelos CAT às crianças, tendo em conta os problemas de comportamento que apresentam, consideraram-se as seguintes mais comuns (Del Valle, et al., 2008; Eddy, 2009):

- Apoio psicológico, grupos psicoterapêuticos, consultas de pedopsiquiatria e terapias expressivas (por ex.: psicomotricidade e terapia ocupacional): de acordo com Del Valle

et al. (2008), em contexto institucional, devem privilegiar-se intervenções individualizadas e de âmbito psicoterapêutico; estas intervenções devem organizar-se em unidades especializadas e promover, assim, a reabilitação e reeducação de crianças com problemas emocionais e de comportamento.

- **Intervenção familiar:** o envolvimento da família deve constituir um foco de importante intervenção, tendo em conta o projecto de vida das crianças no acolhimento institucional, com excepção da adopção (Del Valle, et al., 2008), uma vez que, sem este envolvimento, o trabalho com a criança tende a falhar tornando os efeitos positivos de uma eventual intervenção na instituição de curta duração (Rios & Williams, 2008).
- **Intervenção sistémica:** os problemas de comportamento exigem uma intervenção integrada onde devem estar incluídos os vários sistemas comunitários – saúde, educação, serviços sociais e judiciais, de acordo com a sua inter-relação com o sistema familiar (Pardilhão, et al., 2009).

De acordo com esta lógica foi elabora o questionário (Anexo C) que é composto por um total de **12 questões**, que se organizam do seguinte modo:

- As **primeiras oito questões** referem-se à caracterização sociodemográfica dos CATs, e são de resposta fechada, através de escolha múltipla ou preenchimento de espaços;
- As **questões nove e 10** são referentes aos problemas de comportamento e incluem um anexo (grelha de preenchimento dos comportamentos das crianças);
- As **questões 11 e 12** referem-se à intervenção nos problemas de comportamento, onde se incluem respostas fechadas (escolha múltipla) e abertas.

5.2.2.5 Procedimento

A recolha dos dados decorreu entre **Maió e Julho de 2010**. Esta fase contou com três momentos distintos:

No **primeiro momento** foi realizado um contacto telefónico para todos os CATs seleccionados, com a finalidade de falar directamente com o director técnico. O objectivo principal foi transmitir, de uma forma geral, as características do estudo, bem como a importância da participação de cada CAT. Na grande maioria dos casos foi possível falar com o director técnico ou pessoa responsável. Este primeiro contacto serviu, igualmente, para solicitar uma autorização prévia para enviar o pedido de autorização para a realização do estudo, o formulário do consentimento informado e o respectivo questionário sobre problemas de comportamento, por e-mail, ao cuidado do director técnico ou da pessoa responsável. O questionário foi elaborado para poder ser preenchido directamente em formato *Word*, sendo o

seu reenvio posterior facilitado. Em seguimento dos contactos telefónicos realizados, cerca de 94 CATs (93% da amostra) autorizaram o envio do pedido de autorização, consentimento informado e questionário, através de e-mail.

No **segundo momento** procedeu-se ao respectivo envio, através de e-mail, do pedido de autorização para o estudo (Anexo D), onde constavam não só os objectivos mas também a justificação do estudo, o consentimento informado (Anexo E) e o questionário elaborado. Os restantes questionários foram enviados por correio (juntamente com um envelope selado para o seu reenvio), por fax ou entregues em mão (**Figura 2**).

Num **terceiro momento**, tendo em conta os atrasos das respostas, foi reenviado novo e-mail para enfatizar a importância da participação de cada CAT (Anexo F). Para os CATs cujo questionário não foi enviado por e-mail voltou a contactar-se telefonicamente para apurar os motivos da demora. Durante este período, alguns CATs estabeleceram um contacto telefónico, solicitando alguns esclarecimentos relativos ao preenchimento do questionário, bem como justificando a demora no seu reenvio.

Posteriormente, para os CAT que enviaram as suas respostas foi enviado um e-mail de agradecimento. Foi ainda especificado, neste e-mail, que os participantes teriam acesso posterior aos principais resultados obtidos no estudo em curso.

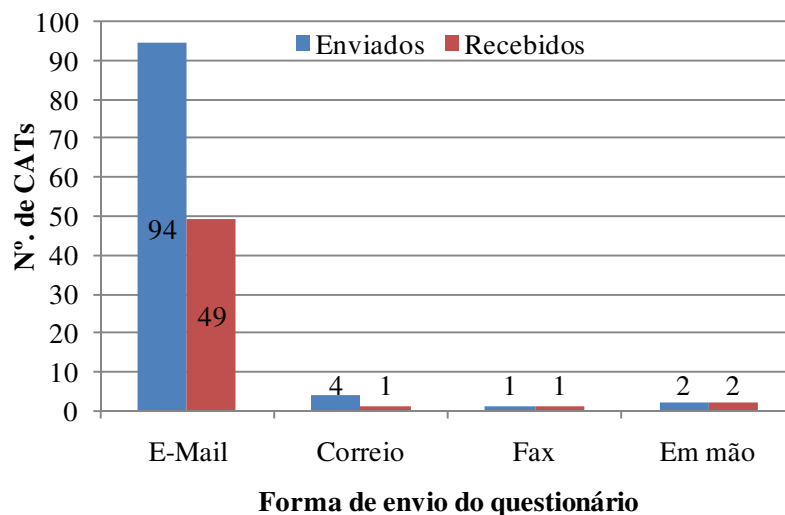


Figura 2 – Número de questionários enviados e recebidos para os CAT, em função da forma de envio do questionário.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados do estudo desenvolvido diferenciando-se duas partes distintas - uma primeira análise de cariz predominantemente quantitativo e uma segunda de carácter qualitativo:

A primeira parte organizar-se-á da seguinte forma:

- A **primeira fase** centra-se nos problemas de comportamento das crianças da amostra, na diversidade de manifestações correspondentes aos itens do questionário, optando-se pela apresentação de estatísticas descritivas básicas (frequências e percentagens) susceptíveis de fornecer uma imagem simultaneamente global e detalhada das formas de expressão comportamental que se agrupam em cada uma das categorias de comportamento previamente definidas. No final procede-se ao cálculo de índice global de problemas de comportamento.
- Segue-se uma **segunda fase** que, considerando a composição das equipas técnicas, identifica as formas de intervenção dos CATs para os problemas de comportamento, tomando como amostra o número de CATs que participaram no estudo (n= 53).
- A **terceira fase** explora a relação entre os problemas de comportamento apresentados pelas crianças da amostra e as intervenções disponibilizadas pelos CATs.

Por último, equacionam-se as dificuldades e fragilidades de intervenção reportadas, fazendo-se sugestões para a intervenção.

6.1 Caracterização dos problemas de comportamento

6.1.1 As formas de expressão dos problemas de comportamento

Tendo em conta a caracterização dos problemas de comportamento, são descritas, de seguida, as respostas dos directores e técnicos de referências dos CATs, relativas à expressão dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças da amostra. Estes comportamentos manifestaram-se, pelo menos, durante seis meses, de forma reiterada, duradoura ou especialmente grave, nos CAT analisados (**Quadro 5**).

Uma vez que as crianças podem manifestar simultaneamente mais do que uma expressão de problema de comportamento, verifica-se a existência de intersecções dos conjuntos de crianças que manifestam os diversos tipos de problemas de comportamento, sendo que as frequências dos comportamentos, no seu conjunto, excedem o número total de crianças. No que se refere aos valores percentuais, as percentagens calculadas referem-se, para cada item correspondente a uma expressão de comportamento, ao número de crianças que foi indicado

como manifestando essa forma específica de conduta, tendo em conta o total da amostra (323 crianças).

Quadro 5 – Percentagens e frequências relativas às formas de expressão de problemas de comportamento nas crianças em CAT (n=323).

Problemas de Comportamento – itens do questionário	%	Freq.
1. Comportamento de Oposição		
1.a) Apresentou um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação	23.8%	77
1.b) Aborreceu-se facilmente com os outros	37.2%	120
1.c) Desafiou ou recusou-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos	39.9%	129
1.d) Agiu deliberadamente com o intuito de incomodar outras pessoas	18.9%	61
1.e) Responsabilizou outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento	28.8%	93
1.f) Mostrou-se enraivecido e ressentido	24.8%	80
1.g) Foi rancoroso ou vingativo	13.0%	42
2. Comportamento Agressivo		
2.a) Gritou, fez palhaçadas e exibiu-se com frequência	26.0%	84
2.b) Foi impulsivo	31.9%	103
2.c) Apresentou um temperamento exaltado (por ex.; perdeu a paciência facilmente)	25.7%	83
2.d) Foi cruel com pessoas ou com animais	5.3%	17
2.e) Lutou corporalmente com os colegas	21.7%	70
2.f) Ofendeu verbalmente os colegas	29.4%	95
2.g) Foi agressivo (verbal e fisicamente) para com os adultos	17.6%	57
3. Comportamento Anti-Social		
3.a) Violou as regras na escola e/ou no ATL	19.8%	64
3.b) Não cumpriu as regras do CAT	24.5%	79
3.c) Isolou-se socialmente (por ex.; brincou sozinho no recreio)	7.4%	24
3.d) Não apresentou relações de referência com adultos	6.2%	20
3.e) Utilizou a manipulação como forma de relacionamento com os outros	10.5%	34
3.f) Recorreu ao uso da mentira	23.2%	75
4. Comportamento Desviante		
4.a) Apresentou recados, na caderneta do aluno, referentes a episódios de mau comportamento	16.4%	53
4.b) Foi castigado na escola, ATL ou no CAT	29.1%	94
4.c) Teve faltas injustificadas nas aulas ou noutras actividades pedagógicas	1.5%	5
4.d) Fugiu da escola ou do CAT	0.6%	2
4.e) Fumou	0.6%	2
4.f) Tem um grupo de amigos com comportamentos desviantes	0.9%	3

5. Comportamento Delinvente		
5.a) Usou armas ou objectos capazes de causar dano físico grave	0.0%	0
5.b) Praticou furtos (roubar sem agressividade, ameaça ou confronto)	4.0%	13
5.c) Roubou (em confronto com a vítima)	0.0%	0
5.d) Falsificou (por ex.; falsificar a assinatura do encarregado de educação nas avaliações)	0.0%	0
5.e) Consumiu algum tipo de drogas	0.0%	0
5.f) Consumiu bebidas alcoólicas	0.0%	0

Note-se que, no conjunto dos primeiros oito **itens mais frequentes** se salientam os seguintes:

- 1.c) Desafiou ou recusou-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos (39.9%)
- 1.b) Aborreceu-se facilmente com os outros (37.2%)
- 2.b) Foi impulsivo (31.9%)
- 2.f) Ofendeu verbalmente os colegas (29.4%)
- 4.b) Foi castigado na escola, ATL ou no CAT (29.1%)
- 1.e) Responsabilizou outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento (28.8%)
- 2.a) Gritou, fez palhaçadas e exibiu-se com frequência (26%)

Por sua vez, no grupo referente aos **itens menos frequentes** salientam-se:

- 4.f) Tem um grupo de amigos com comportamentos desviantes (0.9%)
- 4.b) Fugiu da escola ou do CAT (0.6%)
- 4.e) Fumou (0.6%)

Por último, os **itens que não se verificaram** foram os seguintes:

- 5.a) Usou armas ou objectos capazes de causar dano físico grave (0.0%)
- 5.c) Roubou (em confronto com a vítima) (0.0%)
- 5.d) Falsificou (por ex.; falsificar a assinatura do encarregado de educação nas avaliações) (0.0%)
- 5.e) Consumiu algum tipo de drogas (0.0%)
- 5.f) Consumiu bebidas alcoólicas (0.0%)

Estes dados (Anexo G) evidenciam que os técnicos dos CATs sinalizam como itens mais frequentes, preferencialmente, formas de comportamento relacionadas com as dimensões de oposição e agressividade, nomeadamente problemas de comportamento como a dificuldade em obedecer a regras, as dificuldades sentidas no relacionamento com os pares e o

comportamento impulsivo e agitado, enfatizadas por vários autores (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Matos, 1998; Pacheco, et al., 2005).

Por sua vez, os itens com menor frequência inscrevem-se nas condutas delinquentes, seguidos dos comportamentos desviantes. Saliente-se que apenas um item referente ao comportamento delincente (“praticou furtos”) foi referido como estando presente no comportamento das crianças da amostra (4%).

Estes dados são congruentes com as referências de alguns autores (Marques & Cepêda, 2009) quanto à evolução das manifestações comportamentais problemáticas (Anexo H), que se inicia com comportamentos de oposição, mais frequentes, progredindo para formas mais graves de problemas de comportamento, caso não exista uma intervenção adequada, tal como, os comportamentos anti-sociais e delinquentes na pré-adolescência.

Quadro 6 – Frequências e percentagens relativas às crianças que apresentam itens assinalados consoante os comportamentos.

	n	Nº itens por dimensão	Crianças com pelo menos 1 item assinalado		Crianças com mais de 3 itens assinalados		Crianças com todos os itens da dimensão assinalados	
			Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Comportamento de Oposição	323	7	175	54.2	78	24.2	18	5.6
Comportamento Agressivo		7	149	46.1	64	19.8	9	2.8
Comportamento Anti-Social		6	133	41.2	21	6.5	-	-
Comportamento Desviante		6	105	32.5	2	0.6	-	-
Comportamento Delinvente		6	13	4.0	-	-	-	-

A análise do quadro 2 permite verificar que a maioria das crianças (54.2%) apresenta pelo menos um item assinalado referente à dimensão da oposição, sendo que 18 destas crianças (5.6%) apresentam todos os tipos de comportamentos de oposição identificados no questionário, o que remete para a possibilidade de existência de um quadro grave de problemas de comportamento.

Quando se analisa a prevalência simultânea das cinco dimensões definidas, tendo em conta o que alguns autores reforçam (Dessen & Szelbracikowski, 2004; Pacheco, et al., 2005), relativamente à co-existência de várias características relacionadas com comportamentos de agressividade, impulsividade, delinquência, dificuldade no cumprimento das regras sociais,

mentira e actos criminosos. Observa-se que 70 crianças da amostra (22%) apresentam manifestações de problemas de comportamento relativas a quatro dimensões, com pelo menos um item por cada dimensão (**Figura 3**). Por outro lado, 39 crianças (12%) apresentam manifestações de problemas de comportamento relativas a apenas uma dimensão, com pelo menos um item assinalado, sugerindo a prevalência de características dos vários problemas de comportamento, o que acentua a preocupação face à progressão de comportamentos relacionados com as formas mais graves, nomeadamente, o comportamento desviante e delincente.

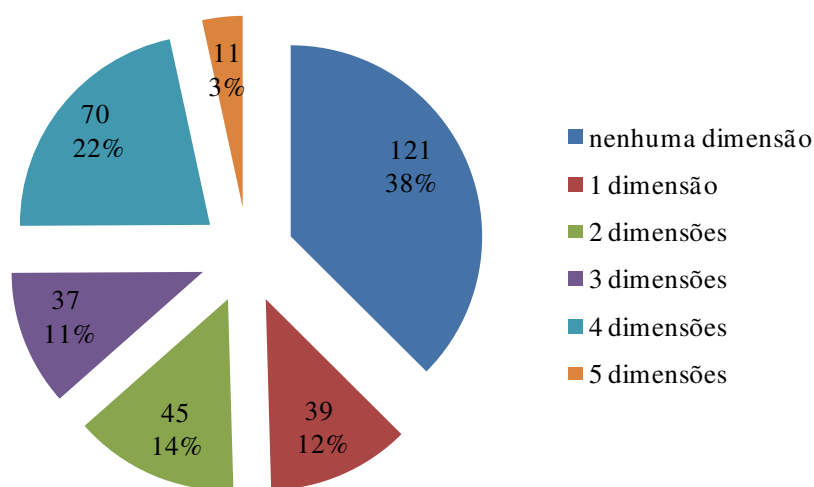


Figura 3 – Número de crianças que não apresentam nenhum item ou que apresentam pelo menos um item relativo a uma, duas, três, quatro ou cinco dimensões de problemas de comportamento (n=323).

Um dado de particular interesse é a prevalência dos problemas de comportamento na amostra deste estudo. No **Quadro 7** observa-se uma frequência relativamente superior dos comportamentos de oposição seguidos, por ordem decrescente, dos comportamentos de agressividade, anti-sociais, desviantes e delinquentes. Existe uma clara distinção para os comportamentos delinquentes, que aparecem em número substancialmente reduzido em relação aos outros; note-se, contudo, sempre que estão presentes em co-ocorrência com as restantes formas de problemas de comportamento.

Quadro 7 – Tabela de referências cruzadas relativa aos cinco problemas de comportamento (n=323).

	Oposição	Agressividade	Anti-Social	Desviante	Delincente
Oposição	175	130	120	99	13
Agressividade		149	110	90	12
Anti-Social			133	87	13
Desviante				105	12
Delincente					13

O par de comportamentos mais frequentes é a oposição - agressividade (n=130), seguido da oposição - conduta anti-social (n=120) e da agressividade - conduta anti-social (n=110). Estas parecem ser as formas mais comuns e com associação mais frequente, antecipando as formas mais graves de problemas de comportamento, tal como o comportamento desviante e delinvente (APA, 2000).

Feita esta caracterização sumária relativa à frequência dos diferentes tipos de problemas de comportamento, considerou-se relevante a análise do grupo de crianças que não apresentaram nenhuma forma de expressão relacionada com problemas de comportamento. Na verdade, mais de um terço das crianças (n=121, 37.5%) não apresenta nenhuma manifestação de comportamento problemático e mais de metade (n=202, 62.5%) exprime pelo menos uma forma de comportamento perturbado (**Quadro 8** e Anexo I).

Quadro 8 – Frequências e percentagens das crianças que não apresentam problemas de comportamento assinalados ou que apresentam pelo menos um comportamento assinalado.

	n	Freq.	%
Crianças sem itens assinalados	323	121	37.5
Crianças com pelo menos um item assinalados		202	62.5

Tendo em conta a caracterização genérica das crianças que não apresentam nenhum item assinalado, foi utilizado o teste estatístico *t* de *student*, que determina se médias não relacionadas diferem entre si. Desta forma, compararam-se os dois grupo de crianças - com e sem itens assinalados - e foi verificada a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças, tendo em conta o sexo, $t(19)=3.91$, $p<.05$ e a idade, $t(250)=-2.14$, $p<.05$. Deste modo, a maioria das crianças que não apresentam itens assinalados são do sexo feminino e são mais novas (a média de idades é de sete anos). Pelo contrário, as crianças com itens assinalados são maioritariamente meninos, tal como evidenciado pela APA (2000), com uma média de idades de oito anos. Estes dados reforçam a necessidade de se programarem intervenções precoces, com o objectivo de evitar o agravamento dos problemas de comportamento, tal como evidenciando por alguns estudos (Patterson, et al., 1992; Webster-Stratton, et al., 2004), que definem a idade dos oito anos como a fronteira a partir da qual os problemas de comportamento se podem cristalizar, iniciando-se uma trajectória que poderá culminar em comportamentos delinquentes, caso a criança não seja alvo de um programa de intervenção precoce.

6.1.2 As dimensões de problemas de comportamento

Para analisar a consistência interna do questionário foram calculados os Coeficientes α de *Croanbach* para as cinco dimensões do questionário (comportamento de oposição, agressividade, conduta anti-social, desviante e delinquente), bem como, o coeficiente de correlação de *Pearson*, para avaliar a correlação entre as cinco dimensões.

O **Quadro 9** permite verificar que os valores encontrados para avaliar a consistência interna do questionário são significativos na sua globalidade ($\alpha = .92$) e para todas as dimensões, com exceção de duas dimensões:

- as condutas desviantes, cujo valor é considerado baixo ($\alpha = .51$)
- as condutas delinquentes, cujo valor não foi possível calcular, devido ao reduzido número de respostas obtidas para esta dimensão.

Quadro 9 – Coeficientes de Correlação de *Pearson* e valores α de *Croanbach* para as cinco dimensões.

	Oposição	Agressividade	Anti-Social	Desviante	Delinquente
Oposição	$\alpha = .85$	$r = .79^{**}$	$r = .72^{**}$	$r = .68^{**}$	$r = .36^{**}$
Agressividade		$\alpha = .87$	$r = .68^{**}$	$r = .63^{**}$	$r = .25^{**}$
Anti-Social			$\alpha = .71$	$r = .65^{**}$	$r = .35^{**}$
Desviante				$\alpha = .51$	$r = .30^{**}$
Delinquente					*
Total					$\alpha = .92$

*Não foi possível calcular o valor do α de *Croanbach* para a dimensão de delinquência devido ao número muito reduzido de respostas referentes a esta dimensão.

**para $p < .01$

Em relação à correlação entre os diferentes tipos de problemas de comportamento, registou-se uma correlação positiva significativa entre as cinco dimensões, com valores mais elevados entre a dimensão de oposição e agressividade ($r = .79$), partindo do princípio que a existência de uma determinada dimensão pressupõe a presença de outra.

Tendo em conta estes dados, pensou-se que seria pertinente aprofundar as características dos problemas de comportamento, tendo em conta as cinco dimensões definidas (oposição, agressividade, anti-social, desviante e delinquente) e compará-las consoante a região do país, a idade e o sexo das crianças. Para tal, procedeu-se à definição do índice de dimensão.

Os pressupostos para a operacionalização do Índice de Dimensão (IDIM), para as cinco dimensões dos problemas de comportamento, são os seguintes:

- Admite-se que todos os itens do questionário, relativos ao mesmo problema de comportamento, apresentam a mesma relevância/ importância;

- O índice de cada dimensão (oposição, agressividade, anti-social, desviante e delinquente) é uma variável que traduz de forma relativa a incidência de cada expressão de problemas de comportamento (correspondentes aos itens do questionário), para cada criança analisada; por exemplo, se uma criança não apresentar nenhum dos itens do questionário relativos a um determinado problema de comportamento, ou seja a uma determinada dimensão do questionário, o índice dessa dimensão será nulo. Por oposição, tomará o valor máximo de 1.00 se a criança apresentar todos os itens do questionário para o respectivo problema de comportamento. Ou seja, estas cinco variáveis (índices de cada dimensão) tomam valores que variam linearmente entre 0 e 1, proporcionalmente ao número de itens identificados para cada criança face ao número total de itens analisados, de acordo com a expressão matemática (1):

$$IDIM_i = \frac{\text{n}^\circ \text{ de itens da dimensão } i \text{ apresentados pela criança}}{\text{n}^\circ \text{ de itens da dimensão } i} \quad (1)$$

Em que i se refere às cinco dimensões, de oposição ($i=1$), de agressividade ($i=2$), anti-social ($i=3$), desviante ($i=4$) e delinquente ($i=5$).

De acordo com o **Quadro 10** é possível observar que existem diferenças significativas entre as meninas e os meninos em todos os IDIMs com excepção das condutas delinquentes. As médias dos IDIMs obtidas para os meninos são sempre superiores às das meninas, contudo, ambas as médias dos meninos e das meninas evoluem da mesma forma, ou seja, existe um decréscimo da frequência dos problemas de comportamento, conforme aumenta a gravidade do comportamento, facto provavelmente relacionado com a faixa etária das crianças da amostra.

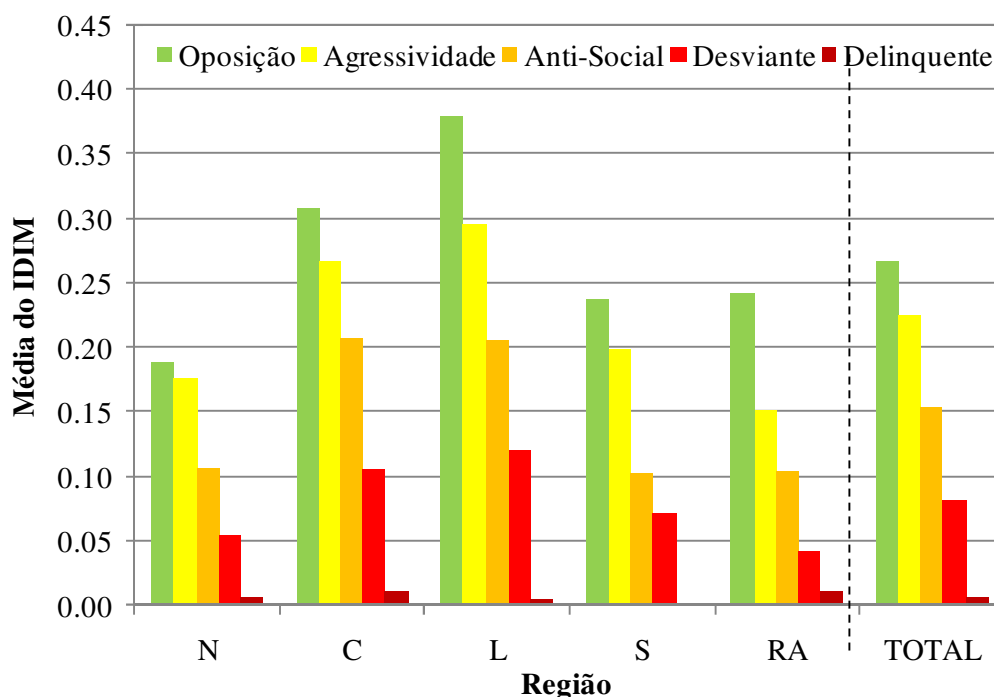
No que diz respeito à comparação entre o grupo de crianças mais novas (definido no intervalo dos seis aos oito anos) e o grupo de crianças mais velhas (intervalo definido entre os nove e os 10 anos), apesar de as médias dos IDIM serem superiores nas crianças mais velhas, estas diferenças não são estatisticamente significativas, tendo em conta os valores de t .

Posteriormente, procedeu-se à distribuição dos IDIMs pelas regiões do país (**Figura 4** e Anexo J), tendo em conta as várias localizações dos CATs. Apesar de ser uma distribuição pouco individualizada e de natureza generalista, pensou-se que poderia constituir um dado relevante, compreender se as regiões, e as suas respectivas características, podem influenciar a prevalência de problemas de comportamento.

Quadro 10 – Frequências, médias e valores do *t-test* referentes às cinco IDIMs, tendo em conta o sexo e a idade das crianças da amostra.

	Meninas					Meninos					<i>t-test</i>
	Freq.	\bar{x}	Freq.	\bar{x}	t	Freq.	\bar{x}	Freq.	\bar{x}	t	
n	245					252					
Freq.	99					146					
	Crianças mais novas (6-8 anos)					Crianças mais velhas (9-10 anos)					
	153					99					
IDIM	Freq.	\bar{x}	Freq.	\bar{x}	t	Freq.	\bar{x}	Freq.	\bar{x}	t	
Oposição	59	.25	112	.40	3.65*	104	.33	71	.37	1.03	
Agressividade	44	.17	98	.36	4.75*	81	.27	67	.32	1.27	
Anti-Social	37	.15	93	.23	2.56*	81	.18	51	.21	.82	
Desviante	30	.06	72	.13	4.04*	63	.10	42	.11	.22	
Delinquente	3	.01	10	.01	1.30	8	.01	5	.01	-.06	

* valores significativos para $p < 0.05$



N - Norte; C - Centro; L - Grande Lisboa; S - Sul e RA - Regiões Autónomas.

Figura 4 – Valores médios das cinco dimensões, por região.

De acordo com os dados observados, a região do Norte parece ser a região com menos problemas de comportamento identificados pelos técnicos dos CATs. Tendo em conta estes

dados, ponderou-se a hipótese de criar uma nova região – Grande Porto – de acordo com o critério utilizado na definição da Grande Lisboa como uma região única, o que poderia estar a contribuir para um enviesamento dos dados. No entanto, não foram observadas diferenças tendo-se, por isso, abandonando esta proposta (Anexo K e Anexo L). A região de Lisboa apresenta os IDIM mais elevados, com excepção do IDIM anti-social, que é semelhante ao encontrado na zona do Centro.

Tendo em consideração a relação entre as dinâmicas familiares, sobretudo as caracterizadas por ambientes de violência familiar e agressividade, e o aparecimento de problemas de comportamento na criança (Dessen & Szelbracikowski, 2007; McCarty & McMahon, 2003; Wotherspoon, et al., 2008), é interessante verificar que, de acordo com o INE (2001), 37% das queixas relativas a episódios de violência doméstica correspondem à zona da Estremadura, onde se inclui a grande Lisboa. Poder-se-á também reflectir sobre os elevados índices de desemprego nas grandes cidades, que têm vindo a atingir índices alarmantes, sendo Lisboa uma das cidades mais afectadas (Lusa, 2010). Por sua vez, o desemprego poderá conduzir a níveis elevados de stress familiar e, conseqüentemente, ao mau trato infantil (English, 1998; National Research Council, 1993; Sedlak & Broadhurst, 1996), que poderá estar relacionado com o aparecimento subsequente de problemas de comportamento na criança (Calheiros, 2006; Linares, 2006; Lounds, et al., 2006; Starr & Wolfe, 1991).

Após a análise descrita da distribuição dos IDIM pelas regiões dos CATs, procedeu-se a uma pesquisa mais específica com o objectivo de averiguar a existência de uma correlação entre os cinco IDIM e a capacidade dos CATs, intervalo máximo de idades e *ratio* adulto-criança, através da obtenção do coeficiente de correlação de *Pearson*. Foi possível encontrar uma correlação positiva significativa entre o IDIM da agressividade e a diferença de idades ($r=0.32^*$, $p<0.05$), sugerindo que quanto maior o intervalo de idades nos CATs, maiores os índices de agressividade assinalados. Poderá reflectir-se sobre a influência que a grande diversidade etária desencadeia no desenvolvimento e bem-estar das crianças acolhidas. Tendo em conta um universo de necessidades tão diversificado, consequência das necessidades desenvolvimentais de cada criança, é previsível perspectivar uma maior dificuldade por parte dos técnicos em responder a estas necessidades (Gomes, 2010), o que poderá conduzir a reacções de agressividade, como forma de expressão da carência afectiva inerente à condição subjacente ao acolhimento institucional. Por sua vez, tendo em conta uma das formas de comportamento mais comuns na dimensão da agressividade, “ofendeu verbalmente os colegas”, sabe-se que os índices de agressividade entre crianças e jovens, nomeadamente o

bullying, pressupõem uma relação de poder assimétrico, fomentada mais facilmente com a interação entre crianças e jovens com diferentes níveis desenvolvimentais (Neto, 2005).

6.1.3 O índice global dos problemas de comportamento

Após a análise do comportamento por IDIMs, pretendeu-se obter uma visão global dos problemas de comportamento. Para tal, procedeu-se à definição de uma nova variável, o Índice de Problemas de Comportamento (IPC). Os Pressupostos para operacionalização do IPC, tendo em conta as cinco dimensões de problemas de comportamento definidos, são os seguintes:

- Admite-se que as cinco dimensões de problemas de comportamento (oposição, agressividade, anti-social, desviante e delinquente) apresentam a mesma relevância/importância;
- O IPC é uma variável que traduz de forma relativa a incidência dos problemas de comportamento relativos às cinco dimensões, por criança. Varia linearmente entre 0 e 1 e corresponde à média dos valores calculados para cada dimensão (IDIM), para cada criança, de acordo com a expressão matemática (2):

$$IPC = \frac{\sum_{i=1}^5 IDIM_i}{5} \quad (2)$$

Em que *i* se refere às cinco dimensões, como definido anteriormente.

Pretendeu-se, posteriormente, relacionar o IPC com a faixa etária (**Quadro 11** e Anexo M) e com o sexo (**Quadro 12** e Anexo M) das crianças da amostra, tendo-se obtido os seguintes dados:

Quadro 11 – Valores médios de IPC por idade (n=252).

Idade	Freq.	IPC médio
6	49	0.16
7	57	0.19
8	47	0.19
9	46	0.15
10	53	0.25

Para comparar as médias dos valores do IPC, tendo em conta os grupos etários, procedeu-se à análise de variância ANOVA. Verifica-se que o IPC varia em função da idade das crianças ($F=4.247$)=2.65, $p<.05$, sendo as crianças com 10 anos as que apresentam mais

problemas de comportamento. Pela observação dos dados pode verificar-se que o IPC vai aumentando dos seis aos oito anos, reduzindo nos nove anos e voltando a subir para os valores mais elevados na idade correspondente aos 10 anos. No total de crianças e jovens acolhidos em Portugal, em 2009, que apresentavam problemas de comportamento (N=1221), 77% eram jovens entre os 12 e os 17 anos, e 15% correspondiam já a crianças entre os seis e os 11 anos (Instituto de Segurança Social, 2010), enfatizando a progressiva gravidade desta problemática, que expressa a alteração do perfil da criança/jovem acolhido (Del Valle & Arteaga, 2009).

Quadro 12 – Valores médios de IPC por sexo (n=245).

Sexo	Freq.	IPC
Masculino	146	0.23
Feminino	99	0.13
Desconhecido	71	0.02

Através da aplicação do *t-test*, encontraram-se diferenças significativas entre os meninos e as meninas $t(243)=4.40$, $p<.05$. Tal como observado através da análise entre grupos (crianças sem itens assinalados e crianças com pelo menos um item assinalado), o grupo que caracteriza as crianças identificadas com problemas de comportamento é maioritariamente composto por meninos e são estes que apresentam também os índices mais elevados de problemas de comportamento. Contudo, as meninas entre os seis e os 10 anos, começam a evidenciar também um aumento dos comportamentos externalizados, em prol de um comportamento mais contido com sintomatologia predominantemente internalizada.

6.2 Caracterização da intervenção técnica desenvolvida pelos CATs da amostra, em relação aos problemas de comportamento

6.2.1 Composição das equipas técnicas

A composição e características dos elementos que compõem a equipa técnico-educativa de um CAT, nomeadamente, as suas áreas de formação, mas também, as suas qualidades humanas e pessoais são determinantes não só do tipo de intervenção disponibilizada, mas também no sucesso da intervenção pedagógico-terapêutica. Desta forma, os CATs deverão incluir profissionais que representem: a equipa educativa, habitualmente, educadores sociais e técnicos de intervenção social; a equipa técnica, habitualmente composta pelo assistente social e psicólogo; e todo o pessoal de apoio na gestão dos centros (cozinha e limpeza) (Del

Valle, et al., 2008). A formação especializada dos técnicos na área do acolhimento residencial, as reuniões interdisciplinares, a articulação com os parceiros e a supervisão dos técnicos são peças fundamentais para um bom funcionamento interno (Del Valle, et al., 2008; Gomes, 2010).

De seguida apresenta-se a composição das equipas dos CATs analisados, tendo em conta as áreas de formação dos elementos que as constituem (**Figura 5**).

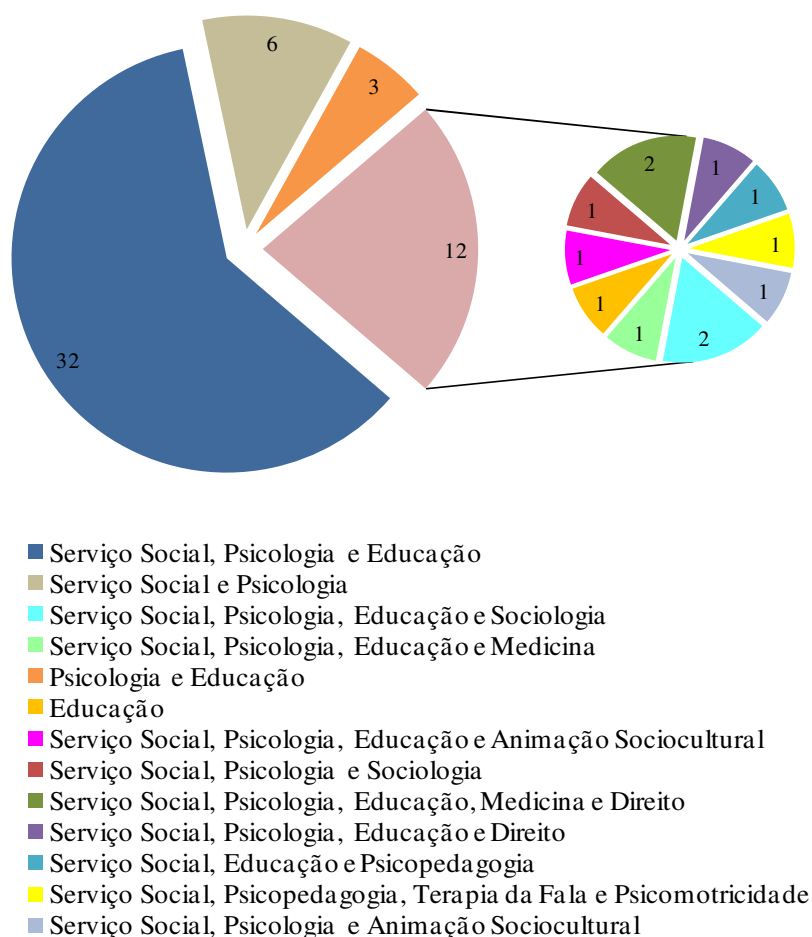


Figura 5 – Distribuição das áreas de formação por equipa técnica nos CAT (n=53).

A maioria das equipas dos CATs é composta por técnicos de serviço social, psicologia e educação (n=32). São identificados nove CATs que apenas contam com duas áreas de formação: serviço social e psicologia (n=6); psicologia e educação (n=3). Se observarmos de outra forma, podemos perceber o modo como estas áreas se conjugam nos CATs (**Figura 6**).

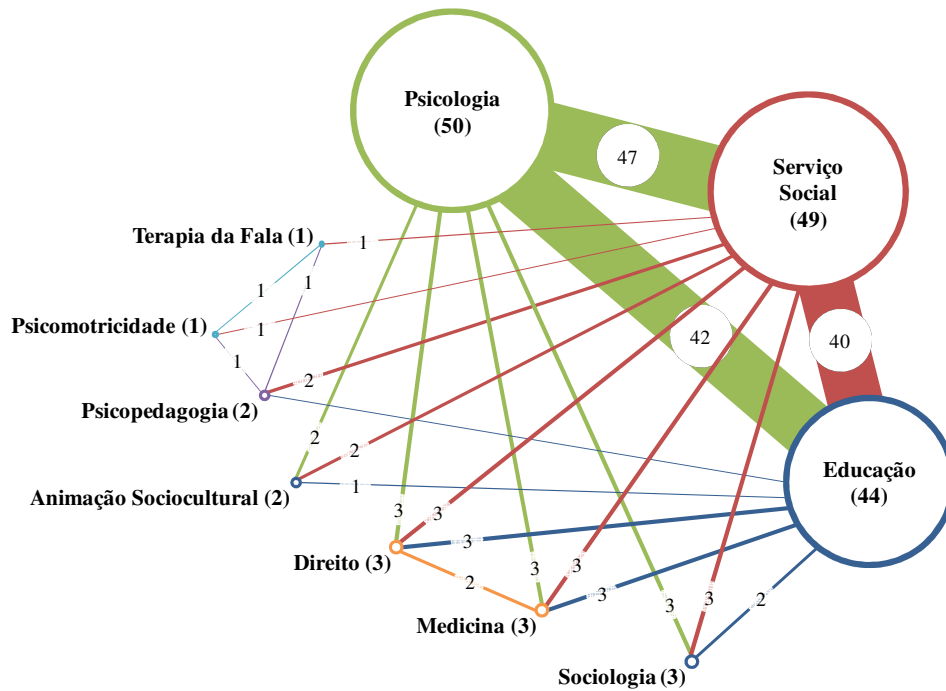


Figura 6 – Distribuição das áreas de formação por equipa técnica nos CAT (n=53).

A análise atenta da **Figura 6** permite observar que os técnicos de serviço social estão presentes nas equipas constituídas por terapia da fala, psicomotricidade, psicopedagogia, animação sociocultural, direito, medicina e sociologia. Por sua vez, os educadores estão ausentes nas equipas que contam com terapia da fala e psicomotricidade. Os psicólogos não estão presentes nas equipas com terapia da fala, psicomotricidade e psicopedagogia. A conjugação mais comum e prevalente é a de Psicologia com Serviço Social (n=47).

Perante a importância de conjugação de funções, as áreas de psicologia, serviço social e educação são obrigatórias em qualquer centro de acolhimento (art. 54.º da LPCJR), o que parece ainda não acontecer na realidade do acolhimento em Portugal.

6.2.2 Formas de intervenção nos CATs

Após a caracterização das equipas técnicas dos CATs, interessa conhecer as modalidades de intervenção disponibilizadas para os problemas de comportamento (**Quadro 13** e Anexo N).

Quadro 13 – Incidência dos tipos de intervenção técnica no número total de CATs analisados.

Variável CAT	Categoria	n	Freq.	%
Intervenção utilizada nos problemas comportamento	Apoio Psicológico		49	92.5
	Grupo Psicoterapêutico		14	26.4
	Pedopsiquiatria	53	30	56.6
	Terapias Expressivas		9	17.0
	Intervenção Familiar		16	30.2
	Intervenção Sistêmica		34	64.2

Tal como se pode observar, o apoio psicológico é a forma de intervenção predominante nos CATs em relação aos problemas de comportamento. Contudo, existem ainda alguns centros (n=4) que não possuem esta valência. De acordo com Hunter (2001) a psicoterapia com crianças em acolhimento é essencial na superação do trauma associado ao motivo do acolhimento, bem como, na redução dos comportamentos externalizados. Se, por algum motivo, a sintomatologia relacionada com os problemas de comportamento não atenuar com o acompanhamento terapêutico, com a articulação com a escola e com as famílias, a criança deverá ser encaminhada para a consulta de pedopsiquiatria (Marques & Cepêda, 2009). Cerca de 57% dos CATs (n=30) dispõem desta possibilidade.

A maioria dos programas de intervenção destinados aos problemas de comportamento tem como base o modelo cognitivo-comportamental, onde se inclui o treino de competências pessoais e sociais (resolução de problemas, treino de estratégias de auto-controlo e assertividade) (Keil & Price, 2006; Rios & Williams, 2008). Os grupos psicoterapêuticos e as terapias expressivas poderão também constituir um recurso importante para este efeito; contudo, apenas 26% dos CATs (n=14) utilizam os grupos psicoterapêuticos e 17% (n=9) refere utilizar como recurso as terapias expressivas na intervenção com problemas de comportamento.

Caso o projecto de vida das crianças seja o retorno à família de origem torna-se essencial um trabalho intensivo com a família, nomeadamente, ao nível do treino das competências parentais. A intervenção familiar foi alvo de estudos que comprovaram a sua eficácia na redução dos problemas de comportamento (Hautmann, et al., 2008; Rios & Williams, 2008; Webster-Stratton, et al., 2004). Se observarmos a realidade dos CATs da amostra, verificamos que apenas 30% (n=16) utilizam como recurso a intervenção familiar, devendo esta ser

caracterizada pela promoção das competências da família, e não pelo reforço das suas dificuldade (Del Valle, et al., 2008; Gomes, 2010; Rios & Williams, 2008).

A intervenção sistémica é a segunda forma de intervenção mais utilizada pelos CATs (64%, n=34). Esta intervenção reflecte a articulação entre os vários subsistemas onde a criança está integrada, através do encaminhamento ou articulação com os serviços da comunidade. Esta opção traduz a natureza dos problemas em questão e da sua génese e manutenção, exigindo uma intervenção integrada onde devem estar incluídos os vários sistemas comunitários e interlocutores-chave – saúde, educação, serviços sociais e judiciais (Pardilhão, et al., 2009).

Após uma visão geral sobre a forma como incidem as diferentes intervenções disponibilizadas pelos CATs no âmbito dos problemas de comportamento, procedeu-se a uma análise descritiva (*crosstabs*) para perceber como as intervenções se conjugam e complementam (**Quadro 14**).

Quadro 14 – Tabela de referências cruzadas das formas de intervenção com respectivas percentagens (n=53).

	AP	GP	PD	TE	IF	IS					
AP	49	29%	14	61%	30	16%	8	31%	15	65%	32
		100%		100%		89%		94%		94%	
GP		14	71%	10	14%	2	43%	6	79%	11	
			33%		22%		38%		32%		
PD			30	17%	5	33%	10	67%	20		
				56%		63%		59%			
TE				9	44%	4	78%	7			
					25%		21%				
IF					16	94%	15				
						44%					
IS						34					

Nota: AP - Apoio Psicológico; GP - Grupo Psicoterapêutico; PD - consulta de PeDopsiquiatria; TE - TERapias expressivas; IF - Intervenção Familiar; IS - Intervenção Sistémica.

Pela análise do **Quadro 14** salienta-se que 65% (32 em 49) dos CATs que disponibilizam apoio psicológico, também utilizam a intervenção sistémica. Este grupo corresponde a 94%

(32 em 34) dos CATs que utilizam a intervenção sistémica. Verifica-se, também, que 61% (30 em 49) dos CATs que disponibilizam apoio psicológico, também disponibilizam consulta de pedopsiquiatria. Este grupo corresponde à totalidade (30 em 30) dos CATs que utilizam consulta de pedopsiquiatria. Por último, observa-se que 67% (20 em 30) dos CATs que disponibilizam consulta de pedopsiquiatria, também utilizam a intervenção sistémica. Este último grupo corresponde a 59% (20 em 34) dos CATs que utilizam a intervenção sistémica.

Deste modo, podem obter-se algumas conclusões, nomeadamente:

- As intervenções - grupo psicoterapêutico, pedopsiquiatria, terapias expressivas, intervenção familiar e intervenção sistémica - estão, em grande parte, presentes em simultâneo com o apoio psicológico, o que seria de prever tendo em conta o facto de o apoio psicológico ser a intervenção prevalente nos CATs;
- As associações mais fortes encontradas são entre as intervenções de apoio psicológico e consulta de pedopsiquiatria; apoio psicológico e intervenção sistémica; consulta de pedopsiquiatria e intervenção sistémica;
- Por outro lado, as associações mais fracas encontradas são entre as terapias expressivas e grupos psicoterapêuticos; e intervenção familiar e terapias expressivas;
- Apesar de terem sido analisadas seis formas de intervenção e três delas apenas terem sido identificadas numa minoria dos CATs (terapias expressivas, grupos psicoterapêuticos e intervenção familiar), verifica-se existir uma associação entre todas as formas de intervenção, não existindo nenhuma intervenção que não se conjugue com alguma das restantes, na totalidade dos CATs analisados;
- Não obstante as relações encontradas, esta complementaridade entre as intervenções deverá ser considerada reduzida, face à descrição das características do comportamento das crianças acolhidas e à consequente necessidade de uma intervenção multidisciplinar incidente nos vários subsistemas.

6.3 Relação entre as formas de intervenção utilizadas nos CAT e os problemas de comportamento

Um dos principais objectivos do presente estudo relaciona-se com a forma como as intervenções existentes nos CATs se adequam às necessidades das crianças acolhidas, tendo em conta as características dos seus problemas de comportamento.

Assim, torna-se importante perceber a maneira como estas formas de intervenção se distribuem, tendo em conta as cinco dimensões de problemas de comportamento definidas (**Quadro 15** e Anexo O).

Quadro 15 – Tipos de intervenção técnica desenvolvidos pelos CAT tendo em conta as cinco dimensões dos problemas de comportamento

Intervenção Técnica	Problema de Comportamento	n	Freq.	%
Apoio Psicológico	Oposição		46	86.8
	Agressividade		43	81.1
	Anti-Social	53	30	56.6
	Desviante		24	45.3
	Delinquente		13	24.5
Grupo Psicoterapêutico	Oposição		12	22.6
	Agressividade		12	22.6
	Anti-Social	53	9	17.0
	Desviante		5	9.4
	Delinquente		3	5.7
Pedopsiquiatria	Oposição		20	37.7
	Agressividade		23	43.4
	Anti-Social	53	16	30.2
	Desviante		15	28.3
	Delinquente		6	11.3
Terapias Expressivas	Oposição		8	15.1
	Agressividade		7	13.2
	Anti-Social	53	5	9.4
	Desviante		3	5.7
	Delinquente		2	3.8
Intervenção Familiar	Oposição		12	22.6
	Agressividade		13	24.5
	Anti-Social	53	9	17.0
	Desviante		9	17.0
	Delinquente		5	9.4
Intervenção Sistémica	Oposição		29	54.7
	Agressividade		31	58.5
	Anti-Social	53	21	39.6
	Desviante		24	45.3
	Delinquente		13	24.5

De acordo com os dados apresentados, é possível observar uma preponderância da intervenção relativa ao comportamento de oposição e agressividade, o que parece coerente com os dados obtidos relativamente à manifestação destes comportamentos. Contudo, as intervenções centram-se principalmente no apoio psicológico, tal como referido. Não tendo conhecimento sobre a forma como se processa este acompanhamento, torna-se difícil perceber o foco deste tratamento. Salienta-se que 46 CATs (87%) utilizam o apoio psicológico para intervir nos comportamentos de oposição e 43 CATs (81%) utilizam este apoio para o comportamento de agressividade.

Na generalidade dos tipos de intervenções analisados, menos de 50% dos CATs apresentam recursos para intervir sobre as cinco formas de problemas de comportamento, com a excepção do apoio psicológico para os comportamentos de oposição, de agressividade e anti-sociais, e da intervenção sistémica no âmbito dos problemas de oposição e agressividade. Em alguns casos, a percentagem do número de CATs é inferior a 10%, como por exemplo na utilização: dos grupos psicoterapêuticos para intervir nos comportamentos desviantes (9%) e delinquentes (6%); das terapias expressivas para os comportamentos anti-sociais (9%), desviantes (6%) e delinquentes (4%); e da intervenção familiar para os comportamentos delinquentes (9%).

A importância da intervenção precoce nos problemas de comportamento é irrefutável. Num estudo realizado sobre as consequências de intervenções psicossociais nos problemas de comportamento (Fossum, et al., 2008), foi possível encontrar uma correlação entre a redução do stress familiar, a diminuição dos problemas de comportamento da criança, em casa e na escola, e o aumento do comportamento pró-social. No entanto, noutra estudo realizado sobre a relação entre um programa de intervenção parental e a redução dos problemas de comportamento (Hautmann, et al., 2008), foi concluído que os pais apenas melhoravam as suas competências e comportamentos na relação com os filhos, caso não tivessem presentes sinais de psicopatologia, caso contrário, seriam recomendadas outras formas de intervenção paralela, como terapia familiar ou acompanhamento psicoterapêutico individual dos pais. Compreende-se, deste modo, que a intervenção tenha de ser multi-direccional, complementar e, acima de tudo, posterior a uma avaliação sistémica, que permita focalizar a intervenção e evitar procedimentos pouco eficazes que apenas contribuem para um atraso na concretização dos projectos de vida das crianças acolhidas.

Posteriormente, dando seguimento à relação entre o comportamento das crianças e a disponibilidade de intervenção dos CATs, analisou-se a distribuição dos centros quanto ao foco da sua intervenção (**Quadro 16**), através de uma análise descritiva cruzada.

Quadro 16 – As formas de intervenção dos CATs em função dos problemas de comportamento (n=53).

	nº. CATs	Com alguma forma de intervenção		Sem nenhuma forma de intervenção	
		Com problemas identificados	Sem problemas identificados	Com problemas identificados	Sem problemas identificados
OP	49	45	3	4	0
AG	48	41	4	7	0
AS	46	27	6	19	0
DS	42	23	10	19	0
DL	8	0	15	8	29

Nota: OP – comportamento de oposição; AG – comportamento de agressividade; AS – comportamento anti-social; DS – comportamento desviante; DL – comportamento delinquente.

A análise do **Quadro 16** permite concluir que existem alguns CATs que não têm qualquer forma de intervenção específica para determinadas características das crianças acolhidas. Mais especificamente, os dados evidenciam que 19 CATs não têm qualquer intervenção para crianças com comportamento anti-social e desviante. Em relação ao comportamento delinquente, dos oito CATs que apresentam crianças com pelo menos uma manifestação relacionada com este comportamento, nenhum deles desenvolve alguma intervenção específica, o que se torna preocupante, tendo em conta a seriedade deste comportamento e a perspectiva de agravamento.

É importante referir que existem alguns CATs que, numa perspectiva de prevenção, apesar de não terem identificado crianças com determinadas características relacionadas com problemas de comportamento, disponibilizam determinadas formas de intervenção específica, tal como se verifica no caso dos comportamentos desviantes (em 10 CATs) e nos comportamentos delinquentes (em 15 CATs). O mesmo deveria proporcionar-se em relação aos comportamentos mais frequentes, de oposição e agressividade, uma vez que quanto mais se dirigir a intervenção para os problemas de oposição e agressividade, menos comportamentos delinquentes se perspectivam manifestar. Estes dados reforçam, tal como foi referido, a importância de uma intervenção precoce nos problemas de comportamentos, com o objectivo destes não evoluírem para formas mais graves (Patterson, et al., 1992; Webster-Stratton, et al., 2004), bem como um desajustamento entre os recursos disponíveis e o perfil de necessidades das crianças/jovens acolhidos.

Por último, para avaliar a correlação entre o IPC e as formas de intervenção, procedeu-se à obtenção do coeficiente de correlação de *Pearson* (**Quadro 17**).

Quadro 17 – Correlação entre os problemas de comportamento (IPC) e as intervenções disponibilizadas nos CAT.

	Apoio Psicológico	G. Psico-terapêutico	Pedo-psiQUIATRIA	Terapias Expressivas	Intervenção Familiar	Intervenção Sistêmica
IPC	0.301*	-0.015	0.033	-0.215	0.036	0.082

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre o IPC e o apoio psicológico ($r=0.301^*$, $p<0.05$), sugerindo que a existência de problemas de comportamento implica a existência de apoio psicológico nos CATs, o que parece coerente com os resultados obtidos. De facto, o apoio psicológico é a resposta com maior incidência nos CATs e, por esse motivo, a mais utilizada na presença de problemas de comportamento.

6.4 Caracterização da abordagem dos CAT face aos problemas de comportamento

6.4.1 Dificuldades e fragilidades de intervenção reportadas

A descrição da abordagem e posicionamento dos CATs face aos problemas de comportamento teve como base uma análise de conteúdo efectuada através da definição de categorias e subcategorias. As respostas transmitidas pelos técnicos dos CATs foram transformadas em unidades de análise e inseridas em categorias.

Como pressuposto para a descrição das fragilidades sentidas pelos CATs face aos problemas de comportamento das crianças acolhidas, questionaram-se os CATs relativamente ao facto de considerarem, ou não, os problemas de comportamento uma área de difícil intervenção (Questão 11.3 do questionário, Anexo C). Cerca de 87% dos CATs ($n=46$) respondeu positivamente a esta questão demonstrando ter presente a crescente dificuldade de intervenção com estas crianças, cujo perfil se tem revelado predominante na actualidade dos centros de acolhimento (Del Valle & Arteaga, 2009; Instituto de Segurança Social, 2010).

No que diz respeito à justificação perante as principais dificuldades e fragilidades sentidas relativamente à intervenção nos problemas de comportamento (**Quadro 18**), os técnicos dos CATs dirigiram as suas respostas tendo em conta três eixos principais, que originaram a criação de três categorias:

1. Características relacionadas com o funcionamento dos CATs no quadro do sistema de protecção;
2. Características relativas às crianças e às famílias;
3. Articulação com os contextos relevantes.

Quadro 18 – Categorias e subcategorias das respostas dos CATs relativas à dificuldade em actuar nos problemas de comportamento (n=46).

Dificuldades e fragilidades reportadas		
Categoria 1 - Características relacionadas com o funcionamento dos CATs no quadro do sistema de protecção		
	Freq.	Exemplo das respostas reportadas pelos CATs
Dificuldades nos projectos de vida	15	<i>“por vezes, perante a impossibilidade de se definir o projecto de vida da criança num curto espaço de tempo surge como um constrangimento que o CAT não consegue solucionar”</i>
Falta de recursos humanos	15	<i>“devido à pluralidade de papeis que os técnicos têm de assumir, uma vez que as necessidades são muitas e as equipas são pequenas”</i>
Falta de formação	14	<i>“A baixa qualificação dos elementos que constituem a equipa educativa”; “Existe pouca formação especializada nesta área”</i>
Heterogeneidade das crianças acolhidas	7	<i>“a intervenção em problemas de comportamento, num contexto de CAT é dificultada por vários factores: a heterogeneidade de idades do grupo(...)”</i>
Vários cuidadores	7	<i>“Isto porque em contexto de acolhimento (em que os cuidadores são vários e trabalham por turnos rotativos) é difícil conseguir coerência e consistência nas práticas educativas implementadas”</i>
Saída e entrada regular de crianças	4	<i>“observarem constantes entradas e saídas de outras criança, acentua muitas vezes a incerteza em relação à sua vida”</i>
Dificuldade no trabalho em equipa	2	<i>“Os problemas comportamentais são uma das maiores problemáticas das nossas crianças, o que requer por parte da equipa técnica desta instituição um esforço e uma articulação muito grande, que nem sempre é conseguido na sua plenitude, devido à dificuldade de trabalho com equipas multidisciplinares.”</i>
Institucionalização tardia	2	<i>“a institucionalização em idades mais velhas, sendo comum as crianças/jovens apresentarem comportamentos/condutas já bastante cristalizados”</i>
Falta de supervisão	1	<i>“Cada vez mais estes comportamentos são frequentes e extremos. Falta Supervisão e Formação.”</i>
Institucionalização prolongada	1	<i>“A questão das crianças permanecerem durante muito tempo no CAT, sem verem resolvida a sua situação de vida”</i>
Categoria 2 - Características relativas às crianças e às famílias		
Mau trato e negligência anteriores	15	<i>“A modificação dos comportamentos adquiridos por uma criança após a vivência familiar, são difíceis de alterar, porque a criança cresceu naquele ambiente que para ela era considerado normal”</i>
Dificuldade de intervenção com as famílias	16	<i>“Considero a intervenção técnica nos problemas de comportamento uma área de difícil intervenção nos casos em que a família não aceita a intervenção, que não pode ser apenas feita com a criança”</i>

Categoria 3 - Articulação com os contextos relevantes	
Dificuldade na articulação	5 <i>“Os problemas de comportamento precisam de uma acção coordenada dos vários técnicos e das várias instituições envolvidas, sendo que por vezes é difícil coordenar esforços, nomeadamente com o espaço escola”</i>

Os CATs apontaram em média mais do que um motivo na sua justificação. A maioria dos pontos assinalados relaciona-se com aspectos que se repercutem no funcionamento das próprias instituições, sendo os mais comuns: as dificuldades nos projectos de vida, nomeadamente, atrasos na sua concretização e inconsistências no seu desenvolvimento; a falta de recursos humanos; e a falta de formação na área dos problemas de comportamento por parte dos técnicos e funcionários dos CATs.

De facto, estes são aspectos essenciais para um funcionamento adequado destes centros. Os projectos de vida devem, não só ser céleres mas, principalmente, bem estruturados e planeados, com uma avaliação diagnóstica multidisciplinar e um plano de intervenção individualizado com objectivos claramente definidos e com direito a uma avaliação periódica (Gomes, 2010). Por sua vez, os recursos humanos continuam a constituir uma preocupação, na medida em que as instituições não têm os recursos financeiros desejáveis para conseguir garantir um quadro de funcionários estável e com uma remuneração compatível com a exigência do trabalho necessária nestes centros.

A falta de formação em geral e, neste caso concreto, em relação aos problemas de comportamento é também uma grave lacuna nestes centros. A formação específica no âmbito do acolhimento e em relação às diversas problemáticas presentes nas crianças que os compõem é um alicerce fundamental no perfil de um técnico e funcionário destes centros de acolhimento (Del Valle, et al., 2008; Gomes, 2010).

Quando se consideram as justificações segundo o eixo da criança/ família, estas estão relacionados com a história anterior de mau trato e negligência vivenciada pela criança e as dificuldades de intervenção com a família.

Por fim, na categoria correspondente à comunidade foi apenas referenciado a articulação com os serviços, em especial com a escola (n=5).

Vários autores relacionam o mau trato infantil com a possibilidade de ocorrência posterior de problemas de comportamento (Calheiros, 2006; Dessen & Szelbrackowski, 2007; Linares, 2006; Lounds, et al., 2006; McCarty & McMahon, 2003; Starr & Wolfe, 1991; Wotherspoon, et al., 2008), motivo pelo qual se antecipa uma maior dificuldade de intervenção nesta área, onde acrescem outros factores precipitantes, como o facto de a criança

sentir que foi afastada da sua família por sua culpa ou a espera prolongada pela definição de um projecto de vida consistente e com desenvolvimento visível para a criança.

A dificuldade de intervenção com a família é o factor mais referenciado (por 16 CATs). Compreende-se a associação entre os problemas de comportamento e a forma de relacionamento entre a família e a criança, motivo pelo qual esta intervenção é sugerida por vários autores (Del Valle, et al., 2008; Gomes, 2010; Hautmann, et al., 2008; Rios & Williams, 2008; Webster-Stratton, et al., 2004).

6.4.2 Sugestões de melhoria da intervenção

Por último, questionaram-se os CATs relativamente à forma como poderiam melhorar a sua intervenção perante os problemas de comportamento.

As justificações para a melhoria da intervenção nos problemas de comportamento tiveram por base as mesmas três categorias enunciadas anteriormente – os fundamentos relacionados com o funcionamento dos CATs no quadro do sistema de protecção, as características relativas às crianças/famílias e a articulação com os contextos relevantes (**Quadro 19**).

Quadro 19 – Categorias e subcategorias das respostas dos CATs relativas à forma como podem melhorar a sua intervenção nos problemas de comportamento (n=51).

Intervenção mais eficaz nos problemas de comportamento		
Categoria 1 - Características relacionadas com o funcionamento dos CATs no quadro do sistema de protecção		
	Freq.	Exemplo das respostas reportadas pelos CATs
Formação dos profissionais	19	<i>“melhor formação profissional de quem interage com as crianças no sentido de melhorar as suas práticas na gestão educativa/pedagógica/comportamental”</i> ; <i>“especialização dos cuidadores”</i>
Mais recursos humanos	12	<i>“Reforços das equipas”</i>
Melhor articulação entre a equipa técnica	6	<i>“Um trabalho mais efectivo e coeso de uma equipa multidisciplinar”</i>
Resolução mais célere dos projectos de vida	6	<i>“A resolução mais célere dos projectos de vida seria certamente um passo para a diminuição e/ou eliminação dos problemas de comportamento”</i>
Supervisão	4	<i>“Supervisão às Equipas Técnicas que trabalham nesta área”</i>
Intervenção especializada	4	<i>“Serviços especializados para dar resposta às necessidades das crianças que foram alvo de intervenção do Sistema de Protecção de Menores”</i>
Maior <i>ratio</i> adulto-criança	3	<i>“Os centros de acolhimento devem ter um número elevado de <i>ratio</i> adulto-criança de forma a poder realizar um acompanhamento individualizado”</i>

Menor heterogeneidade e menos crianças acolhidas	3	<i>“redução da heterogeneidade de idades dos grupos”; “Os centros de acolhimento devem ser de reduzida dimensão”</i>
Recursos financeiros	1	<i>“Se houvesse mais recursos financeiros/humanos facilitaria toda a intervenção”</i>

Categoria 2 - Características relativas às crianças e às famílias

Intervenção mais eficaz com as famílias	7	<i>“Mais intervenção junto das famílias de modo a ajudá-las a tomar consciência da problemática do menor em causa”</i>
---	---	--

Categoria 3 - Articulação com os contextos relevantes

Mais recursos e melhor articulação na comunidade	17	<i>“Penso que seria importante haver mais recursos/respostas exteriores ao CAT, na comunidade”</i> <i>“O que melhoraria a intervenção do CAT seria termos mais parceria com outras entidades competentes.”</i>
Redução do tempo de institucionalização	4	<i>“Que fosse respeitada a natureza temporária do equipamento, não se protelando o tempo de acolhimento para além do mínimo indispensável”</i>
Melhor intervenção por parte da escola	2	<i>“Frequentemente as escolas/entidades de ensino estão mal preparadas para dar resposta/lidar com as crianças com problemas de comportamento desta natureza, delegando nos cuidadores a função educativa no contexto escolar.”</i>

A categoria com maior enfoque nas respostas relaciona-se com as alterações e melhorias no funcionamento dos CATs. Cerca de 19 CATs apontaram a formação específica dos profissionais como um aspecto fundamental, seguido pela necessidade de mais recursos técnicos nestes centros (n=12).

Relativamente às crianças e família, foi referida a necessidade de melhoria na intervenção com a família (n=7). Por fim, na categoria da comunidade, 17 CATs enunciaram o aumento dos recursos e a melhoria da articulação como factor essencial para a melhoria da sua intervenção nesta área.

De uma forma geral, as respostas transmitidas pelos CATs centram-se nos subsistemas implicados na vida da criança. Se por um lado alguns CATs percebem a melhoria da intervenção como um movimento inerente ao seu funcionamento interno outros, pelo contrário, atribuem a responsabilidade ao exterior identificando, deste modo, a falta de recursos e as dificuldades dos outros serviços, nomeadamente, na celeridade de resposta aos pedidos de articulação. Existem ainda outros CATs que percebem as necessidades de mudança, tendo em conta as duas perspectivas, mudança interna e externa, preconizando uma necessidade sistémica, essencial ao sucesso de qualquer plano de intervenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, de âmbito exploratório, propôs-se aprofundar a realidade dos CATs, sob o ponto de vista dos problemas de comportamento das crianças (em idade escolar) que se encontram acolhidas, e das formas de intervenção disponibilizadas para estes comportamentos. Poder-se-á dizer que os dados obtidos permitiram compreender melhor o perfil comportamental das crianças em acolhimento temporário.

Apesar de contemplar uma amostra de CATs pouco superior aos 50%, considerando o universo de instituições de acolhimento temporário em funcionamento em território português, o número de crianças em acolhimento nestas instituições (n=323) possibilitou uma caracterização focalizada na componente comportamental.

Dos resultados apurados, cerca de um quarto das crianças (24%) apresentava, em simultâneo, mais de três sintomas de problemas de oposição e cerca de 20% apresentava mais de três sintomas de problemas de agressividade, de acordo com o ponto de vista dos técnicos destes centros. Tendo em conta o carácter reiterado e persistente dos sintomas, estes dados configuram-se como preocupantes, sobretudo, se não se proporcionarem as devidas intervenções, necessariamente específicas e focalizadas, para combater estas formas de comportamento que se perspectivam graduais no seu espectro de gravidade. Estes resultados são convergentes com os encontrados por outros autores (Chakraberti & Hill, 2000; Courtney & Iwaniec, 2009; Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Instituto de Segurança Social, 2010; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), que evidenciam a alteração do perfil da criança/jovem em acolhimento institucional ao longo do tempo, sublinhando as dificuldades sociocomportamentais como umas das principais preocupações, sobretudo pela idade cada vez mais precoce com que surgem.

De facto se observarmos, novamente, a realidade da amostra dos CATs apercebemo-nos que mais de 60% das crianças apresentaram pelo menos um dos sintomas de problemas de comportamento de uma forma particularmente persistente e que, apesar de predominarem as formas relacionadas com comportamentos de oposição, a co-ocorrência com formas consideradas mais graves, tal como, comportamentos de agressividade, anti-sociais e desviantes foi também observada em cerca de 22% das crianças. Quando se aprofunda a caracterização das crianças em que predomina um perfil sociocomportamental de risco, são os meninos mais velhos que sobressaem, tal como evidenciado por alguns autores (APA, 2000; Patterson, et al., 1992; Vinnerljung, Sallnäs, & Kyhle Westermarck, 2001; Webster-Stratton, et al., 2004).

Apesar da manifestação de comportamentos de oposição e agressividade fazer parte do desenvolvimento normativo, tendo em conta a afirmação pessoal, a conquista de autonomia e a gestão das relações de poder entre pares e adultos, a frequência e gravidade destes comportamentos sobressai perante as dificuldades e condicionalismos negativos relativos à adaptação da criança. Sabe-se também que as crianças acolhidas, com um historial de mau trato, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), podendo a separação da família de origem, a conflitualidade inerente e as próprias condições de institucionalização desencadear ou acentuar estas manifestações.

Tendo em conta este panorama, espera-se que as respostas de intervenção dos CATs possam garantir uma intencionalidade e conseqüente atenuação das necessidades destas crianças, evidenciadas através dos problemas de comportamento. Contudo, existem ainda equipas que não contam com a simultaneidade das áreas de psicologia, educação e serviço social, o que poderá condicionar o trabalho destes centros, perspectivando uma sobrecarga de funções dos técnicos e um enviesamento da intervenção, tendo em conta uma perspectiva sistémica, onde cada área deverá representar uma comunicação e articulação com o respectivo sistema, nomeadamente, o familiar e comunitário (saúde, educação e judicial). Paralelamente, observa-se a fraca complementaridade com outras áreas de intervenção pedagógico-terapêutica, tal como terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade, que constituem ferramentas importantes para a intervenção em determinadas áreas que se encontram comprometidas no desenvolvimento destas crianças.

Esta composição das equipas técnicas e educativas espelha-se nas formas de intervenção proporcionadas pelos CATs. O apoio psicológico prevalece e abrange quase a totalidade dos CATs, aspecto positivo a salientar, bem como o facto de a maioria dos CATs referir intervir sob o ponto de vista sistémico. Contudo, apenas 30% refere utilizar a intervenção familiar como forma de trabalhar os problemas de comportamento das crianças.

Perante estes dados, incompletos em muitos detalhes essenciais, surgem algumas dúvidas e reflexões pendentes. Como se processará a sistematização da intervenção nestes centros? Em que consiste este apoio psicológico e como se estruturará? Como se protagoniza um modelo de intervenção sistémica? A organização, estruturação e fundamentação de uma intervenção pautada por objectivos claros e enquadrados numa perspectiva temporal, consubstancia um modelo, necessariamente, vital para a criança em acolhimento institucional.

Por sua vez, a consulta de pedopsiquiatria parece ser outra forma comum de intervenção em mais de metade da amostra, permanecendo a intervenção familiar, os grupos

psicoterapêuticos e as terapias expressivas como último recurso. Estes dados remetem para uma actual forma de intervenção situada na atenuação rápida do sintoma, sem incluir um trabalho de modificação comportamental assente no desenvolvimento das competências da criança e da família, caso o projecto de vida seja a reunificação familiar ou a adopção.

Tendo em conta este procedimento que se poderá denominar como “de urgência”, sobressaem algumas preocupações, entre elas, os acolhimentos disruptivos, as falhas na reunificação familiar e na adopção que assumem como causa os problemas de comportamento da criança e a sua consequente dificuldade de adaptação. Sabendo que ambos se correlacionam, os problemas de comportamento e as dificuldades no acolhimento ou a reunificação familiar (Del Valle & Arteaga, 2009; Del Valle & Bravo, 2009; Del Valle, et al., 2008; Instituto de Segurança Social, 2010; Johnson, et al., 2006; Keil & Price, 2006), é essencial intervir de forma a proporcionar à criança estratégias de auto-controlo e à família competências para lidar com estas características, de forma a não contribuir para a intensificação dos problemas de comportamento.

Na relação encontrada, no presente estudo, entre os problemas de comportamento e a especificidade da intervenção, conclui-se que a maioria dos CATs integra crianças com sinais de problemas relacionados com oposição, agressividade, comportamento anti-social e desviante, e entre estes centros, cerca de 36% refere não ter qualquer forma de intervenção específica para comportamentos anti-sociais e desviantes. Dos oito CATs que identificam algum comportamento delincente, nenhum refere ter disponível qualquer forma de intervenção para esta problemática. Por outro lado, são identificados alguns CATs que, apostando em estratégias de prevenção, possuem recursos para intervir com estas formas de comportamento delincente, apesar de não terem crianças que apresentam estas características.

Ressaltam, deste modo, outras preocupações e vectores de possíveis investigações futuras. Como se distribuem as crianças pelos CATs? Será essencial identificar características específicas e recursos presentes nestes centros para perspectivar as formas de intervenção possíveis e desejáveis, tendo em conta as perturbações de conduta evidenciadas pelas crianças. Deverão encaminhar-se as crianças, perante uma avaliação criteriosa das suas necessidades, para locais onde seja possível suprir as suas necessidades. Perante as directrizes de se criarem centros residenciais de dimensão reduzida, de âmbito familiar e reduzido espectro desenvolvimental (Gomes, 2010), é essencial também definir especificidades de intervenção que conduzam a acolhimentos mais consistentes e, acima de tudo, mais céleres na

concretização dos objectivos que lhes estão inerentes. Consistirá um princípio organizador para estes centros e, principalmente, para as crianças que os integrarem.

As equipas que constituem os CATs identificam, neste estudo, as suas limitações e enquadram as suas principais necessidades, assumindo como principal preocupação a concretização atempada e consistente dos projectos de vida das crianças. Apesar de ser assumida uma preocupação e consciência transversal face à necessária formação e qualificação dos técnicos, continuam a faltar recursos e formas de concretizar aquilo que se teoriza como primordial. Destacam-se outras preocupações inerentes à relação com o sistema familiar e com a história de vida inscrita na trajectória de desenvolvimento de cada criança, as consequências do mau trato, negligência e abuso que aumentam as exigências para as equipas e monitores dos CATs que interagem diariamente com as crianças e se vêm confrontados com as dificuldades que daí advêm. De facto, estas equipas necessitam de supervisão e formação sistemáticas e especializadas para intervirem de forma competente sobre estas dificuldades, catalisando as suas dúvidas e receios em estratégias de actuação que cumpram o objectivo de garantir a melhor forma de intervenção com a criança.

Desta forma, constata-se que a intervenção nos problemas de comportamento não é especializada, nem sequer adequada às necessidades das crianças, mostrando-se um desajustamento entre os recursos disponíveis, particularmente ao nível da sua formação.

Este estudo concretizou-se num momento de aprendizagem, reflexão e análise de uma realidade que, embora perspectivada, se encontra ainda pouco explorada e, conseqüentemente, indefinida. Os problemas de comportamento das crianças em acolhimento temporário, que têm uma expressão cada vez mais precoce, constituem motivo de atenção especial da quase totalidade dos CATs analisados. As consequências a longo prazo, tanto para a criança como para a sociedade, materializam-se em preocupações que só poderão ser combatidas com um conhecimento sustentando e posterior planeamento de uma intervenção ajustada à realidade de cada criança, de preferência com o seu contributo activo, numa perspectiva integrada e complementar com os serviços da comunidade.

Apesar de o questionário ter sido objecto de uma análise de dados compósita (quantitativa e qualitativa) e, conseqüentemente, ter permitido uma leitura mais integrada e rica dentro da realidade dos problemas de comportamento, ressaltam várias limitações que podem limitar o alcance dos resultados obtidos e das suas interpretações. Primeiramente, a subjectividade implícita em cada resposta face aos referenciais pessoais e profissionais de cada inquirido. A compreensão de uma determinada realidade e a respectiva categorização objectiva será, certamente, diferente tendo em conta os diferentes olhares dos técnicos que

responderam ao questionário. Poderão ainda emergir outros factores relacionados com a perspectiva de respostas socialmente esperadas, e com a inerente dúvida relativa à interpretação das questões.

Paralelamente, a amostra desejada não foi obtida, tendo em conta a possibilidade de abranger todos os CATs existentes no país e, assim, generalizar uma realidade enquadrada num determinado contexto.

Apesar de as formas de intervenção perante os problemas de comportamento das crianças em CAT terem sido um dos principais objectivos a apurar neste estudo, pensa-se que a sua sistematização e respectiva operacionalização não foi bem explorada, deixando espaço para determinadas dúvidas e algumas suposições pouco fundamentadas. Seria, deste modo, importante compreender o processamento inerente à avaliação, intervenção e sistematização do procedimento global de actuação para com a criança e respectivos sistemas implicados na sua vida. Tendo em conta as dificuldades inerentes num processo de recolha de informação através de um questionário sem contacto presencial, pensa-se que seria profícuo um contacto directo mais próximo com cada centro, aumentando a compreensão das questões colocadas através de uma discussão e análise conjunta.

Relativamente à importância da intervenção familiar no contexto de acolhimento institucional e, mais especificamente, na intervenção com problemas de comportamento, seria desejável compreender, de forma mais aprofundada, quais as principais dificuldades que interferem nesta intervenção e de que forma poderiam ser suprimidas.

Ainda no contexto da intervenção, tendo em conta a formação específica em Psicomotricidade da autora do presente estudo, mantém-se a sua intenção original de explorar e desenvolver programas de intervenção com crianças com problemas específicos de comportamento em regime de acolhimento institucional.

Finalmente, pretende-se ainda remeter os principais resultados obtidos nesta pesquisa aos CATs que nela participaram, veiculando a informação apurada e incidindo na valorização de da investigação e respectiva implicação na reflexão de cada CAT, em particular. Com o objectivo principal, sempre presente, de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças que, adversamente, se encontram numa situação transitória, com uma inscrição de um passado de sofrimento.

REFERÊNCIAS

- AACAP. (2009). *Oppositional Defiant Disorder: A Guide for Families by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, F., & Hansen, P. (2009). Residential Programs for Children and Young People: Their Current Status and Use in Australia. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi.
- Azevedo, M., & Maia, Â. (2006). *maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Belo, J., & Amaral, I. (2010). *A Cor do Vento - Psicoterapia de Grupo com Crianças com Perturbações do Comportamento - Modelo de Intervenção Multimodal: Criança, Família e Escola*. Artigo apresentado no 1º Congresso Nacional de Psicomotricidade: Associação Portuguesa de Psicomotricidade - Fundação Calouste Gulbenkian.
- Benavente, R. (2001). Perturbação de Comportamento na Infância: Diagnóstico, Etiologia, Tratamento e Propostas de Investigação Futura. *Análise Psicológica*, 19(2), 321-329.
- Bolsoni-Silva, A., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizontes.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buck, E. (2004). *Bearing Folk High School*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa.
- Bullock, R., & McSherry, D. (2009). Residential Care in Great Britain and Northern Ireland: Perspectives from the United Kingdom. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.

- Calheiros, M. (2006). *A construção social do mau trato e da negligência parental: do senso comum ao conhecimento científico*. Lisboa: FCG/FCT, Coimbra Editora.
- Carneiro, R., Brito, A., Carvalho, Á., Sampaio, D., Rocha, D., Pedro, J. G., et al. (2004). *A Casa Pia de Lisboa e as estratégias de acolhimento das crianças em risco "Um projecto de esperança"*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa.
- Carvalho, P. (2009, 17 de Abril). Crianças indisciplinadas e mal comportadas na escola enchem consultórios de pedopsiquiatras. *Público*. Retrieved from http://www.publico.clx.pt/Educa%C3%A7%C3%A3o/criancas-indisciplinadas-e-mal-comportadas-na-escola-enchem-consultorios-de-pedopsiquiatras_1375009
- Cecatto, G. (2008). *Comportamento agressivo e aspectos psicodinâmicos em crianças abrigadas*. Unpublished Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cecconello, A., & Koller, S. (2000). Competência social e empatia: Um estudo sobre a resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*(5), 71-93.
- Chakraberti, M., & Hill, M. (2000). *Residential Child Care: Links with Families and Peers*. London: Jessica Kingsley.
- Chamberlain, P. (1994). *Family connections: a treatment foster care model for adolescents with delinquency*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- CNCJR. (2010). *Relatório anual de avaliação da actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens 2009*. Lisboa: Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *Vária. Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Courtney, M., & Hughes-Heuring, D. (2009). Residential Care in the United States of America: Past, Present, and Future. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Courtney, M., & Iwaniec, D. (2009). *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Del Valle, J., & Arteaga, A. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Oviedo: Dirección general de políticas sociales y el centro de estudios de la administración pública regional de Cantabria.
- Del Valle, J., & Bravo, A. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Del Valle, J., & Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.

- Del Valle, J., Villar, R., Torres, M., Arias, M., Rosales, A., Valdaliso, E., et al. (2008). *Manual Cantabria: Modelo de Intervención en Acogimiento Residencial*. Oviedo: Dirección General de Políticas Sociales.
- Delgado, P. (2006). *Os Direitos das Crianças da Participação à Responsabilidade. O Sistema de Protecção e Educação das Crianças e Jovens* Porto: Profedições, Lda./ Jornal a Página da Educação.
- Dessen, M., & Szelbracikowski, A. (2004). Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e a dinâmica familiar. *Interação em Psicologia*, 8(2), 171-180.
- Dessen, M., & Szelbracikowski, A. (2007). Problemas de comportamento exteriorizado e as relações familiares: revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 12, 33-40.
- Dias, C. A., & Bravo, A. (2003). *O Inferno Somos Nós: conversas sobre crianças e adolescentes*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Dodge, K. (1980). Social cognition and childrens' aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dolev, T., Ben Rabi, D., & Zemach-Marom, T. (2009). Residential Care for Children "At Risk" in Israel: Current Situation and Future Challenges. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- DuPaul, G., & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. New York: Guilford Press.
- Eddy, M. (2009). *Transtornos de Conduta: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (4 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- English, D. (1998). *The Extent and Consequences of Child Maltreatment. The Future of Children - Protecting Children from Abuse and Neglect* (Vol. 8). Los Altos, CA: Center for the Future of Children, The David and Lucile Packard Foundation.
- Essau, C. (2002). Primary prevention of depression. In D. Dozois & K. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice* (pp. 185-204). Washington, DC: American Psychological Association.
- Farrington, D. (1995). The challenge of teenage antisocial behavior. In Rutter, M. (Coord.) *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention* (pp. 83-130). Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Ferreira, P. (1997). «Delinquência juvenil», família e escola. *Análise Social*, 143(4, 5), 913-924.

- Ferro, A. (1995). *A técnica da psicanálise infantil. A criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.
- Figueiredo, B. (1998). Maus tratos à criança e ao adolescente: considerações a respeito do impacto desenvolvimental. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, 197-216.
- Fisher, P., Burraston, B., & Pears, K. (2005). The early intervention foster care program: permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment*, 10, 61-71.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fossum, S., Handegard, B., Martinussen, M., & Morch, W. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 438-451.
- Gallo, A., & Williams, L. (2005). Adolescentes em conflito com a lei: uma revisão dos factores de risco para a conduta infracional. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 81-95.
- Gavrilovici, O. (2009). Residential Care for Children in Romania: A Model for Child Protection Reform in Central and Eastern Europe. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Gilligan, J., & Lee, B. (2004). The Psychopharmacologic Treatment of Violent Youth. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036(1), 356-381.
- Gilligan, R. (2009). Residential care in Ireland. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Goldschmidt, T. (2009). *Alterações do Comportamento: A Ponta do Iceberg*. 1º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier - Lisboa.
- Gomes, I. (2010). *Acreditar no Futuro*. Lisboa: Texto Editores.
- González-Pérez, J., & Criado, M. (2003). *Psicologia de la Educacion para una Enseñanza Práctica*. Madrid: Editorial CCS.
- Gordon, J. (1974). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Ha, C., Petersen, N., & Sharp, C. (2008). Narcissism, self-esteem, and conduct problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 406-413.

- Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Pluck, J., & Dopfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder - generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115, 363-370.
- Herbert, M., & Wookey, J. (2004). *Managing Children's Disruptive Behaviour: A Guide for Practitioners Working with Parents and Foster Parents*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Hinshaw, S. (1992). Academic Underachievement, Attention Deficits, and Aggression: Comorbidity and Implications for Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 893-903.
- Hinshaw, S., Lahey, B., & Hart, E. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente*. Lisboa: Climepsi.
- Hunter, M. (2001). *Psychotherapy with Young People in Care - Lost and Found*. Hove: Routledge.
- IDS, & CNCJR. (2000). *Convenção Sobre os Direitos da Criança. Resumo não oficial*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- INE. (2001). Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica. from http://www.mulheres-ps20.ipp.pt/estatisticas.htm#ServicoInfo_Vitimas_Violencia_Domestica
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2009). *Plano de Intervenção Imediata: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2008*: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Instituto de Segurança Social, I. P. (2008). *Plano de Intervenção Imediata - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2007*. Lisboa: Segurança Social.
- Instituto de Segurança Social, I. P. (2010). *Plano de Intervenção Imediata - Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2009*. Lisboa: Segurança Social.
- Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young Children in Institutional Care at Risk of Harm. *Trauma Violence Abuse*, 7(1), 34-60.

- Kaiser, A., & Hester, P. (1997). Prevention of Conduct Disorder through Early Intervention: A Social-Communicative Perspective. *Journal of the Council for Children with Behavioral Disorders*, 22(3), 117-130.
- Kazdin, A. (1998). Psychosocial treatments for conduct disorder in children. In P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 65-89). London: Oxford University Press.
- Keil, V., & Price, J. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.
- Kellam, G., & Horn, Y. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: a scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 25, 177-188.
- Kendall, P., Ronan, K., & Epps, J. (1991). Aggression in children/adolescents: cognitive-behavioral treatment perspectives. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The Development and treatment of childhood aggression* (pp. 341-360). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ladd, G., Herald, S., Slutzky, C., & Andrews, R. (2004). Peer group rejection. In L. Rappapaglicci, C. Dulmus & J. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp. 15-48). New Jersey: John Willey & Sons.
- Lee, B. (2009). Residential Care in Korea: Past, Present, and Future. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Linares, L. (2006). An understudied form of intra-family violence: Sibling-to-sibling aggression among foster children. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 95-109.
- Lisboa, Â. (2008). *A Pobreza, um Livre Trânsito para a Delinquência Juvenil?* Lisboa: Tese de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações.
- Littell, J. (2005). Lessons form a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 445-463.
- Lounds, J., Borkowski, J., & Whitman, T. (2006). The Potential for Child Neglect: The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child Maltreatment*, 11, 281-294.
- Lusa. (2010, 19 Março). Taxa de desemprego deverá manter-se nos 10% este ano. *DN Bolsa*. Retrieved from http://dn.sapo.pt/bolsa/interior.aspx?content_id=1523241
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores.

- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Martins, P. (2004). *Protecção de Crianças e Jovens em Itinerários de Risco. Representações, Espaços e Modos*. Tese de doutoramento em Estudos da Criança: Universidade do Minho.
- Martins, P. (2005b). *O desenvolvimento pessoal e social da criança em contexto de vida institucional: elementos para uma análise da ecologia da interpessoalidade*. Comunicação apresentada no Encontro Inadaptação Social: Transformações, Intervenção e Avaliação, Porto.
- Matos, M. G. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Serviço de Edições.
- Maudeni, T. (2009). Residential Care for Children in Botswana: The Past, the Present, and the Future. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- McCarty, C., & McMahon, R. (2003). Mediators of the Relation Between Maternal Depressive Symptoms and Child Internalizing and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Family Psychology* December, 17(4), 545-556.
- McKee, L., Forehand, R., Rakow, A., Reeslund, K., Roland, E., Hardcastle, E., et al. (2008). Parenting Specificity: An Examination of the Relation Between Three Parenting Behaviors and Child Problem Behaviors in the Context of a History of Caregiver Depression. *Behavior Modification*, 32 (5), 638-658.
- Meyers, A., & Craighead, E. (1984). *Cognitive behavior therapy with children*. Nova Iorque: Plenum.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos*. Lisboa: Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Morrison, J., Frank, S., Holland, C., & Kates, W. (1999). *Emotional development and disorders in young children in the child welfare system*. In: J.A. Silver, B.J. Amster, & T. Haecker (Eds.) *Young children and foster care: A guide for professionals*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Murta, S. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-291.

- National Research Council. (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Neto, A. (2005). Bullying - comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81(5), S164-S172.
- Newton, R., Litrownik, A., & Landsverk, J. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Oates, R. (2004). *Child maltreatment and its impact on psychosocial development. Comments on Pollak, Toth and Cicchetti, and Trocmé*. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- OMS. (2001). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*: Organização Mundial da Saúde. Versão em Português do Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Ornelas, J., & Moniz, M. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, 1(XXV), 153-158.
- Osofsky, J. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50(9), 781-788.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C., & Hutz, C. (2005). Estabilidade do Comportamento Anti-social na Transição da Infância para a Adolescência: Uma Perspectiva Desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55-61.
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 592-599.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process* Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Castalia: Eugene.
- Pereira, J. (2004). *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pires, C. (2003). *Manual de Psicopatologia - Uma abordagem Biopsicosocial*. Leiria: Editorial Diferença.
- Queloz, N. (1994). Fenómenos de dissociação do laço social, comportamentos desviantes dos jovens e intervenções sociais. *Infância e Juventude: Direcção-Geral dos Serviços Tutelares de Menores*, 94(4), 9-32.

- Rae-Grant, N., McConville, B., Kenned, J., Vaug, W., & Steiner, H. (1999). Violent Behavior in Children and Youth: Preventive Intervention From a Psychiatric Perspective. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 235-241.
- Ramião, T. (2007). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo Anotada e Comentada* (5ª ed.). Lisboa: Quid Juris Sociedade Editora.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Manual of BASC - Behaviour assessment system for children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2003). *Handbook of psychological and educational assessment of children: personality, behavior, and context*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Rios, K., & Williams, L. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13, 799-806.
- Rizzini, I., & Rizzini, I. (2009). Children and Youth in Institutional Care in Brazil: Historical Perspectives and Current Overview. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Rodkin, P., Farmer, T., Pearl, R., & Acker, R. (2000). Heterogeneity of popular boys: antisocial and prosocial configurations. *Developmental Psychology*, 36(1), 14-24.
- Rosales-Ruiz, J., & Baer, D. (1997). Behavioral cusps: a developmental and pragmatic concept for behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30(3), 533-544.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of family therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M., Taylor, E., Rinck, P., & Norman, D. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry* (4 ed.). Massachusetts: Blackwell Science.
- Sallnäs, M. (2009). Swedish Residential Care in the Landscape of Out-of-Home Care. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B., & Westermark, P. K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. [Article]. *Child & Family Social Work*, 9(2), 141-152.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia Familiar* (6ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Schaeffer, R. (2006). *Sociology Matters* (2 ed.). NY: MacGraw-Hill.

- Scott, S. (2000). Conduct disorders in childhood and adolescence. In M. Gelder, J. López-Ibor & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry* (pp. 1750-1762). Oxford: Oxford University Press.
- Sebastião, J. (1995). Modos de vida marginais: o caso das crianças de rua de Lisboa. *Infância e Juventude: Direcção-Geral dos Serviços Tutelares de Menores*, 95(2), 121-128.
- Sedlak, A., & Broadhurst, D. (1996). *The Third National Incidence Study of child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth, and Families.
- Seisdedos, N. (1988). *Antisocial and Criminal Behavior Questionnaire*. Madrid: TEA Ediciones.
- Smith, G. (1999). *Goffman and Social Organization Studies of a Sociological Legacy (Routledge Studies in Social and Political Thought)*. UK: Routledge.
- Starr, R., & Wolfe, D. (1991). *The effects of child abuse and neglect: Issues and Research*. NY: Guilford Press.
- Stein, M., Carey, W., & Snyder, D. (2004). Is This a Behavior Problem or Normal Temperament? *Pediatrics*, 114(5), 1400-1406.
- Steiner, H., & Dunne, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10).
- Stevanato, I., Loureiro, S., Linhares, M., & Marturano, E. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em Estudo*, 8, 67-76.
- Stout, B. (2009). Residential Care in South Africa: Changing the Perspective from Social Welfare to Social Development. In M. Courtney & D. Iwaniec (Eds.), *Residential care of children: comparative perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tassé, M., Aman, M., Hammer, D., & Rojahn, J. (1996). The Nisonger Child Behavior Rating Form: Age and gender effects and norms. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 59-75.
- Taussig, H. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect*, 26, 1179-1199.
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos Editora.

- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Kyhle Westermark, P. (2001). *Breakdown in teenage placements in out-of-home care*. Stockholm: National Board of Health and Welfare.
- Vitaro, F., & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Wamboldt, M., & Wamboldt, F. (2000). Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1212-1219.
- Webster-Stratton, C., Reid, M., & Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 105 - 124.
- Winnicott, D. (1965). *The Family and Individual Development*. London: Taylor & Francis.
- Wotherspoon, E., O'Neill-Laberge, M., & Pirie, J. (2008). Meeting the emotional needs of infants and toddlers in foster care: The collaborative mental health care experience. *Infant Mental Health Journal*, 29(4), 377-397.

ANEXOS

Anexo A:

Resumo da descrição dos instrumentos de avaliação utilizados na construção do questionário.

- ***Child Behavior Checklist (CBCL)***

A versão original (Achenbach, 1991) tem como objectivo descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento em crianças e jovens (com idades entre os quatro e os 16 anos); a versão considerada para o efeito corresponde à preenchida pelos pais ou seus substitutos, embora este questionário tenha uma versão para os professores e para os próprios jovens preencherem. As categorias de escalas são as seguintes: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquent e comportamento agressivo. O autor dividiu estas categorias em duas tipologias, comportamentos internalizados e externalizados. Sendo que apenas serão objecto de estudo os comportamentos externalizados, apenas se consideram as **escalas de comportamento delinquent, comportamento agressivo e problemas sociais**. Na versão portuguesa, **Inventário do Comportamento da Criança para Pais**, (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994) a escala de agressividade é dividida em duas sub-escalas, agressividade e oposição/imaturidade, que corresponde, em parte, à distinção feita no DSM-IV entre perturbação do comportamento e perturbação de oposição (Fonseca, et al., 1994).

- ***Behavior Assessment System for Children (BASC)***

Consiste num instrumento de avaliação constituído por um conjunto variado de itens, organizados em escalas e respectivas subescalas, dirigidas a várias fontes de informação, pais, professores e o próprio. Este instrumento pode dirigir-se a crianças entre os dois anos e meio e os 18 anos. O objectivo da BASC é a facilitação do diagnóstico diferencial e a classificação educacional de perturbações emocionais e comportamentais da criança, no intuito de planear a intervenção mais adequada (Reynolds & Kamphaus, 1992). As componentes consideradas são cinco: **problemas externalizados** (agressividade, hiperactividade, problemas de comportamento); problemas internalizados (ansiedade, depressão, somatização); problemas escolares (problemas de atenção e de aprendizagem); outros problemas (atipicidade, isolamento social); e competências adaptativas (adaptabilidade, liderança, competências sociais). Apenas serão consideradas as escalas dos **problemas externalizados**.

- ***The Nisonger Child Behavior Rating Form (CBRF)*** (Tassé, et al., 1996)

Este instrumento tem como objectivo avaliar o comportamento disruptivo em crianças e jovens com idades entre os 3 e os 16 anos. Pode ser preenchido pelos pais e professores, e é composto por 8 subescalas: condescendência/calma, adaptação social, problemas de comportamento, insegurança/ansiedade, hiperactividade, auto-agressão/estereotípias, isolamento/rituais e irritabilidade. Serão consideradas para o questionário, as **subescalas de adaptação social e problemas de comportamento**.

- ***Antisocial and Criminal Behavior Questionnaire (ACBQ)***

Consiste numa medida comportamental em relação às condutas anti-sociais e criminais (Seisdedos, 1988). Esta medida é composta por 40 elementos, distribuídos em 2 factores: o primeiro envolve os **comportamentos anti-sociais**, que não expressam delitos, mas comportamentos que desafiam a ordem social e infringem as normas sociais; o segundo factor relaciona-se com os **comportamentos criminais**, que caracterizam uma infracção ou uma conduta prejudicial a alguém ou mesmo à sociedade.

Anexo B:

Itens das escalas dos instrumentos utilizados como referência na criação do questionário.

Child Behavior Checklist (CBCL)

(Achenbach, 1991)

• **Problemas sociais:**

- Quebra as regras em casa, na escola ou noutros locais;
- Sente-se culpado depois de se ter comportado mal;
- Consegue relacionar-se adequadamente com outras crianças.

• **Comportamento delinquente:**

- Mente ou faz batota
- Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais;
- Anda com outras crianças que se metem em sarilhos;
- Foge de casa;
- Provoca fogos;
- Rouba coisas em casa;
- Rouba coisas fora de casa;
- Diz palavrões ou usa linguagem obscena;
- Consome tabaco;
- Falta à escola sem razão;
- Consome drogas sem razões médicas;
- Comete actos de vandalismo.

• **Comportamento agressivo:**

- É vaidoso;
- Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros;
- Requer muita atenção;
- Destrói as suas próprias coisas;
- Destrói objectos da sua família ou de outras crianças;
- É desobediente em casa;
- É desobediente na escola;
- Sente ciúme com facilidade;
- Mete-se em muitas brigas;
- Agride fisicamente outras pessoas;
- Grita muito;
- Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas;

- É teimoso, mal-humorado ou irritado;
- Muda de humor repentinamente;
- Fala muito;
- Perturba os outros frequentemente;
- Tem crises de raiva, temperamento exaltado;
- Ameaça as pessoas;
- Fala muito alto.

• **Comportamento oposição:**

- É desobediente em casa;
- O seu humor e os seus sentimentos mudam bruscamente;
- Arreliá muito os outros;
- Tem birras, temperamento exaltado.

Behavior Assessment System for Children (BASC)

(Reynolds & Kamphaus, 1992)

• **Problemas de comportamento:**

- Foge de casa;
- Tem amigos que estão metidos em problemas;
- Tem problemas com a polícia;
- Utiliza uma linguagem obscena;
- Mostra falta de interesse pelos sentimentos dos outros;
- Fica de castigo na escola depois das aulas;
- Mente para fugir aos problemas;
- Tem problemas com os vizinhos;
- Arranja problemas;
- Foi suspenso da escola;
- Mente;
- Falta às aulas;
- Copia na escola;
- Queixa-se da polícia ou de outros agentes da autoridade;
- Rouba na escola;
- Falta à escola;
- Já foi suspenso da escola.

• **Agressividade:**

- Ameaça magoar os outros;
- É exibicionista;
- Leva outras crianças a fazerem algo;
- Bate nas outras crianças;
- Arrelia ou outros;
- Discute com os pais;
- É um mau perdedor;
- Critica os outros;
- Queixa-se das regras;
- Parte os objectos das outras crianças;
- Insulta as outras crianças;
- Argumenta quando contrariado;
- É cruel com os animais;
- Culpa os outros;
- Refila com os professores;
- Dá ordens aos outros.

The Nisonger Child Behavior Rating Form (CBRF)

(Tassé, et al., 1996)

• **Adaptação social:**

- Discute com os pais, professores ou outros adultos;
- Tem episódios de choro;
- Desafia a autoridade dos adultos;
- É cruel ou mesquinha para os outros;
- Não se sente culpada por se comportar mal;
- Mente ou faz batota;
- É desobediente;
- Refila com professores, pais ou outros adultos.

• **Problemas de comportamento:**

- Agride fisicamente os outros;
- Foge dos adultos, professores ou outras figuras de autoridade;

- É teimosa, tem de fazer as coisas à sua maneira;
- Rouba;
- Ameaça as pessoas;
- Envolve-se em lutas físicas;
- É explosiva, zanga-se facilmente.

Antisocial and Criminal Behavior Questionnaire (ACBQ)

(Seisdedos, 1988)

• **1º Factor: Comportamentos anti-sociais:**

- Deitar lixo no chão mesmo quando há por perto um cesto do lixo;
- Tocar à campainha da casa de alguém e sair a correr.

• **2º Factor: Comportamentos criminais:**

- Roubar objectos dos carros;
- Conseguir dinheiro ameaçando pessoas mais fracas.

Anexo C:
Questionário (modelo).

Questionário

Problemas de Comportamento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário

Os **problemas de comportamento na população infantil** constituem, actualmente, uma das principais queixas nas consultas de pedopsiquiatria. Sabe-se que as crianças com medida de acolhimento institucional, com um historial de mau-trato e negligência, têm maior probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento e, por esse motivo, podem apresentar dificuldades acrescidas de reinserção nas suas famílias e de adaptação a outros contextos sociais.

Em Portugal, não existe ainda um conhecimento objectivo desta realidade. Assim, este inquérito, enquadrado num estudo no âmbito do Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores, do ISCTE-IUL, tem como **objectivo** determinar a prevalência dos problemas de comportamento na população infantil, entre os **6-10 anos**, com medida de acolhimento institucional, aplicada em Centros de Acolhimento Temporário (CAT), e avaliar a existência e o tipo de respostas especializadas para esta problemática proporcionadas pelos CAT.

Este questionário consiste num total de **7 grupos de questões**. Os primeiros 6 grupos incidem nas características dos problemas de comportamento e o último está relacionado com as formas de intervenção. Estima-se que o seu preenchimento não exceda os **20 minutos**.

Responda a todas as questões, de acordo com as instruções fornecidas. A sua colaboração é fundamental para o conhecimento deste fenómeno em Portugal.

Os dados obtidos destinam-se estritamente a fins de investigação, assegurando-se o seu **anonimato**. Os CAT participantes terão acesso aos principais resultados e conclusões produzidas no âmbito desta investigação.

Data de preenchimento do questionário: ■■■ / ■■ / ■■

Dados de Caracterização

1. Qual a capacidade do CAT?

- a) Total
- b) Meninas
- c) Meninos

2. Qual a faixa etária abrangida?

De: a anos

3. Qual a zona do país onde se situa o CAT?

- a) Norte
- b) Centro
- c) Grande Lisboa
- d) Sul
- e) Regiões autónomas

4. Que função exerce no CAT?

5. Qual a sua formação académica?

6. Indique o nº crianças, entre os 6 e os 10 anos de idade, que frequentam o CAT:

Crianças

7. Qual o ratio adulto-criança do CAT?

Adultos para: crianças

8. Qual a formação da equipa técnica:

- a) Psicologia
- b) Serviço Social
- c) Educação
- d) Outra
- e) Qual:

9 Problemas de Comportamento

Em **anexo** encontra-se uma **tabela com um conjunto de itens referentes a diferentes tipos de problemas de comportamento** passíveis de serem observados em crianças entre os **6-10 anos**.

Esta tabela deverá ser preenchida de acordo com as suas respostas. São apresentados cinco conjuntos de diferentes problemas de comportamento. Cada um destes conjuntos encontra-se subdividido nos respectivos itens que o compõem. **A cada coluna da referida tabela deverá corresponder uma criança do CAT**. Para facilidade de preenchimento deverá indicar as **iniciais da criança, idade** e o respectivo **sexo**, como indicado no cabeçalho das primeiras linhas.

Assim, pretende-se que, em cada linha da tabela, no respectivo item, indique com um "x" se a criança manifestou, **nos últimos 6 meses**, o comportamento referido de forma **reiterada, duradoira ou especialmente grave**.

10 Outros problemas de comportamento

Indique **outros comportamentos** que considere problemáticos e que não se enquadrem nos tipos acima enunciados.



11 Intervenção específica para problemas de comportamento

Na tabela seguinte são apresentadas as categorias de problemas de comportamento e algumas respostas específicas para estes problemas. **Assinale com um “x” o tipo de intervenção que o CAT disponibiliza**, tendo em conta as categorias dos problemas de comportamento. Caso o CAT não faculte respostas específicas para estes comportamentos, passe para a questão nº **11.3**.

		Problemas de Comportamento				
		Oposição	Agressivos	Anti-sociais	Desviantes	Delinquentes
a)	Apoio psicológico	■	■	■	■	■
b)	Grupo psicoterapêutico	■	■	■	■	■
c)	Consulta pedopsiquiátrica	■	■	■	■	■
d)	Terapias expressivas	■	■	■	■	■
e)	Intervenção familiar	■	■	■	■	■
f)	Intervenção sistêmica	■	■	■	■	■
g)	Outras:	■	■	■	■	■

Legenda:

- a) **Apoio psicológico:** consultas de psicologia individuais, frequentes ou pontuais;
- b) **Grupos psicoterapêuticos:** grupos de intervenção psicológica, onde um pequeno grupo de crianças se reúne com um terapeuta, sendo as interações entre os seus elementos consideradas terapêuticas;
- c) **Consultas de pedopsiquiatria:** consultas de pedopsiquiatria individuais, frequentes ou pontuais, com ou sem intervenção psico-farmacológica;
- d) **Terapias expressivas:** terapias que utilizam a expressão da criatividade como processo terapêutico; são exemplos, a dançoterapia, a musicoterapia, a arteterapia, a psicomotricidade, entre outras.
- e) **Intervenção familiar:** poderá consistir na utilização de programas de educação parental, aconselhamento parental, programas psicoeducacionais e treino de planos pré-determinados.
- f) **Intervenção sistêmica (comunitária):** consiste na articulação entre os vários subsistemas onde a criança está integrada ou se relaciona (instituições educativas, sociais, serviços de saúde e de protecção infantil); pode incluir encaminhamentos da criança ou da família para serviços competentes ou intervenções conjuntas entre os serviços.

11.1 Caso tenha assinalado mais do que um tipo de intervenção, qual o **mais utilizado** no CAT:

11.2 Descreva, em linhas gerais, o **modo como se processa** essa intervenção?

[Redacted area for question 11.2]

11.3 Considera a **intervenção técnica** nos problemas de comportamento uma área de difícil intervenção? Assinale a resposta correcta com um x.

Sim:	<input type="checkbox"/>
Não:	<input checked="" type="checkbox"/>

11.4 Justifique, brevemente, a sua resposta:

[Redacted area for question 11.4]

12 O que poderia contribuir para uma **intervenção mais eficaz** neste CAT?

[Redacted area for question 12]

ANEXO - Folha de Respostas

n.º	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Iniciais da Criança															
Idade															
Sexo (M/F)															

1. Comportamento de Oposição

a)	Apresentou um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação														
b)	Aborreceu-se facilmente com os outros														
c)	Desafiou ou recusou-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos														
d)	Agiu deliberadamente com o intuito de incomodar outras pessoas														
e)	Responsabilizou outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento														
f)	Mostrou-se enraivecido e ressentido														
g)	Foi rancoroso ou vingativo														

2. Comportamento Agressivo

a)	Gritou, fez palhaçadas e exibiu-se com frequência														
b)	Foi impulsivo														
c)	Apresentou um temperamento exaltado (por ex.; perdeu a paciência facilmente)														
d)	Foi cruel com pessoas ou com animais														
e)	Lutou corporalmente com os colegas														
f)	Ofendeu verbalmente os colegas														
g)	Foi agressivo (verbal e fisicamente) para com os adultos														

3. Comportamento Anti-Social

a)	Violou as regras na escola e/ou no ATL														
b)	Não cumpriu as regras do CAT														
c)	Isolou-se socialmente (por ex.; brincou sozinho no recreio)														
d)	Não apresentou relações de referência com adultos														
e)	Utilizou a manipulação como forma de relacionamento com os outros														
f)	Recorreu ao uso da mentira														

4. Comportamento Desviante (sem infracções criminais)

a)	Apresentou recados, na caderneta do aluno, referentes a episódios de mau comportamento (por ex.; faltou ao respeito ao professor e /ou auxiliares)														
b)	Foi castigado na escola, ATL ou no CAT														
c)	Teve faltas injustificadas nas aulas ou noutras actividades pedagógicas														
b)	Fugiu da escola ou do CAT														
e)	Fumou														
f)	Tem um grupo de amigos com comportamentos desviantes														

5. Comportamento Delinvente (com infracções criminais)

a)	Usou armas ou objectos capazes de causar dano físico grave														
b)	Praticou furtos (roubar sem agressividade, ameaça ou confronto)														
c)	Roubou (em confronto com a vítima)														
d)	Falsificou (por ex.; falsificar a assinatura do encarregado de educação nas avaliações)														
e)	Consumiu algum tipo de drogas														
f)	Consumiu bebidas alcoólicas														

Anexo D:

Pedido de autorização para o estudo (modelo).

Lisboa, __ Maio de 2010

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário, no âmbito de um estudo em curso no ISCTE, na área de Psicologia Comunitária e Protecção de Menores.

Exmo.(a). Sr.(a) Director(a) do CAT:

O Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) tem vindo a acolher um conjunto de estudos no âmbito da Intervenção Comunitária e Protecção de Menores, alguns dos quais com a colaboração de outras Universidades.

É este o caso da presente investigação, centrada nos problemas de comportamento das crianças nos Centros de Acolhimento Temporário, que conta com a participação da Escola de Psicologia da Universidade do Minho.

Esta pesquisa tem como objectivos:

- Determinar a prevalência dos problemas de comportamento na população infantil, entre os 6-10 anos, com medida de acolhimento institucional, aplicada em Centros de Acolhimento Temporário (CAT);
- Avaliar a existência e o tipo de respostas especializadas para esta problemática proporcionadas pelos CAT.

O conhecimento e a experiência de cada CAT neste domínio tornam o seu contributo especialmente relevante para este estudo, pelo que vimos solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário junto.

Agradecendo desde já a atenção e disponibilidade.

Cordialmente,

Inês Amaral

Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - IUL

Anexo E:
Consentimento Informado (modelo).

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA PROJECTO DE
INVESTIGAÇÃO**

No âmbito do desenvolvimento da tese de Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores, do ISCTE, que visa determinar a prevalência dos problemas de comportamento em crianças (dos 6-10 anos), integradas em Centros de Acolhimento Temporário, e avaliar a existência e o tipo de respostas especializadas para esta problemática proporcionadas pelos CAT, vimos por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para a realização do referido estudo, através da aplicação de um questionário.

Os dados obtidos destinam-se estritamente a fins de investigação, assegurando-se o seu anonimato.

Declaro que tomei conhecimento do projecto de investigação acima mencionado, bem como dos procedimentos nele implicados, e consinto a recolha dos dados.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

Anexo F:

E-mail enviado para os CATs enfatizando o prazo para envio do questionário (modelo).

Exmo.(a) Sr.(a). Dr.(a).,
(Direcção dos CATs)

Uma vez que ainda não obtivemos um número considerável de respostas por parte dos CAT, vimos prolongar o prazo de entrega dos questionários até ao dia 14 de Junho.

Salientamos a importância da vossa participação, uma vez que, apenas com uma amostra significativa os resultados deste estudo terão algum impacto na intervenção prática de cada CAT.

Ficamos a aguardar uma resposta.

Quaisquer dúvidas, não hesite em contactar por e-mail ou através do nº. XXXXXXXXXX.

Agradecendo desde já a atenção e disponibilidade.

Cordialmente,

Inês Amaral

Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - IUL

Anexo G:

Percentagens e frequências relativas à manifestação de formas de expressão de problemas de comportamento nas crianças em CAT (colocados por ordem decrescente de gravidade).

Quadro Anexo G.1 – Percentagens e frequências relativas à manifestação de formas de expressão de problemas de comportamento nas crianças em CAT, por ordem decrescente de gravidade (n=323).

Problemas de Comportamento – itens do questionário	%	Freq.
1.c) Desafiou ou recusou-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos	39.9%	129
1.b) Aborreceu-se facilmente com os outros	37.2%	120
2.b) Foi impulsivo	31.9%	103
2.f) Ofendeu verbalmente os colegas	29.4%	95
4.b) Foi castigado na escola, ATL ou no CAT	29.1%	94
1.e) Responsabilizou outras pessoas pelos seus próprios erros ou mau comportamento	28.8%	93
2.a) Gritou, fez palhaçadas e exibiu-se com frequência	26.0%	84
2.c) Apresentou um temperamento exaltado (por ex.; perdeu a paciência facilmente)	25.7%	83
1.f) Mostrou-se enraivecido e ressentido	24.8%	80
3.b) Não cumpriu as regras do CAT	24.5%	79
1.a) Apresentou um comportamento de provocação, ameaça ou intimidação	23.8%	77
3.f) Recorreu ao uso da mentira	23.2%	75
2.e) Lutou corporalmente com os colegas	21.7%	70
3.a) Violou as regras na escola e/ou no ATL	19.8%	64
1.d) Agiu deliberadamente com o intuito de incomodar outras pessoas	18.9%	61
2.g) Foi agressivo (verbal e fisicamente) para com os adultos	17.6%	57
4.a) Apresentou recados, na caderneta do aluno, referentes a episódios de mau comportamento	16.4%	53
1.g) Foi rancoroso ou vingativo	13.0%	42
3.e) Utilizou a manipulação como forma de relacionamento com os outros	10.5%	34
3.c) Isolou-se socialmente (por ex.; brincou sozinho no recreio)	7.4%	24
3.d) Não apresentou relações de referência com adultos	6.2%	20
2.d) Foi cruel com pessoas ou com animais	5.3%	17
5.b) Praticou furtos (roubar sem agressividade, ameaça ou confronto)	4.0%	13
4.c) Teve faltas injustificadas nas aulas ou noutras actividades pedagógicas	1.5%	5
4.f) Tem um grupo de amigos com comportamentos desviantes	0.9%	3
4.b) Fugiu da escola ou do CAT	0.6%	2
4.e) Fumou	0.6%	2
5.a) Usou armas ou objectos capazes de causar dano físico grave	0.0%	0
5.c) Roubou (em confronto com a vítima)	0.0%	0
5.d) Falsificou (por ex.; falsificar a assinatura do encarregado de educação nas avaliações)	0.0%	0
5.e) Consumiu algum tipo de drogas	0.0%	0
5.f) Consumiu bebidas alcoólicas	0.0%	0

Anexo H:

Figura representativa das percentagens relativas à manifestação de formas de expressão de problemas de comportamento (espectro de gravidade).

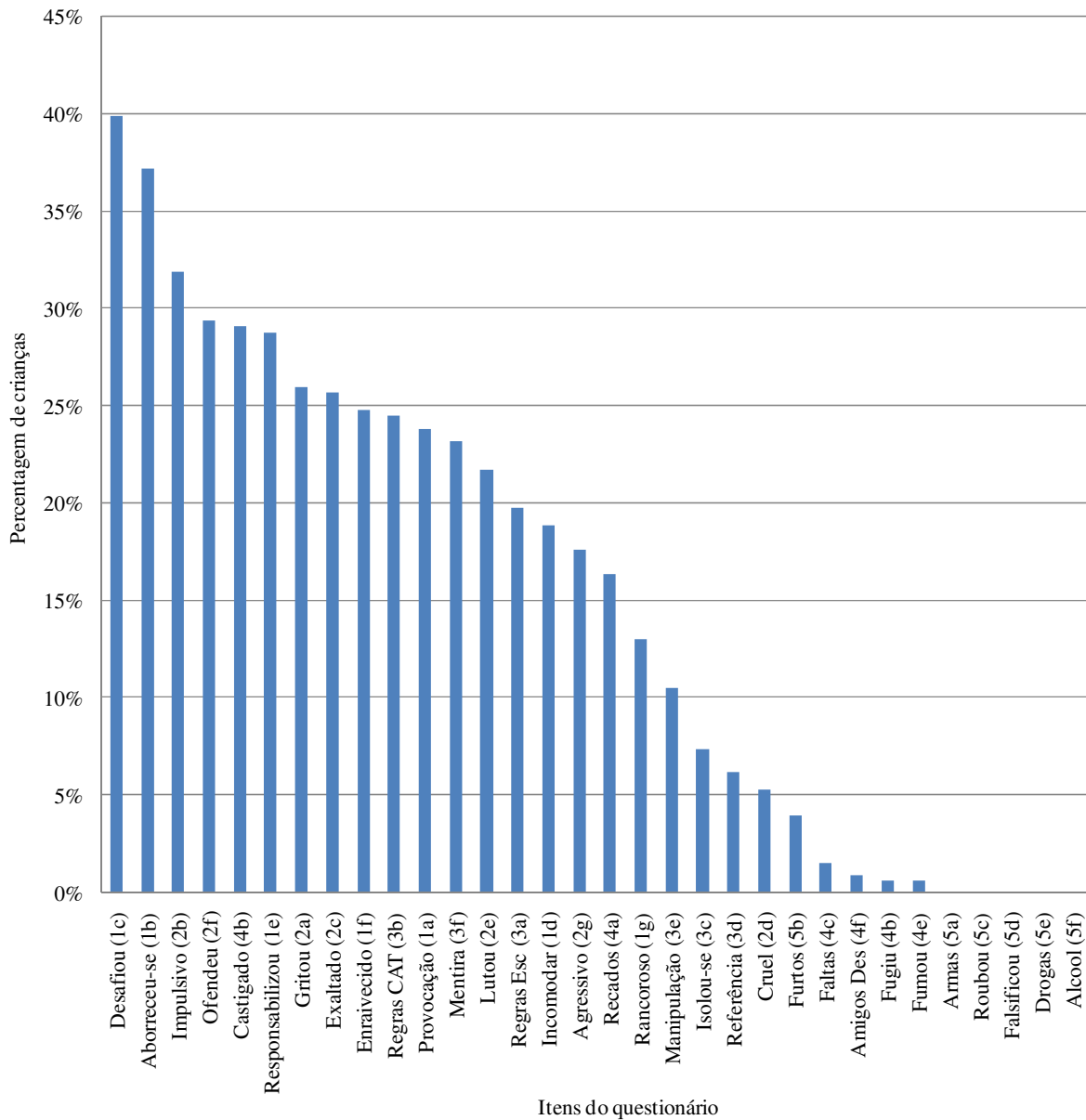
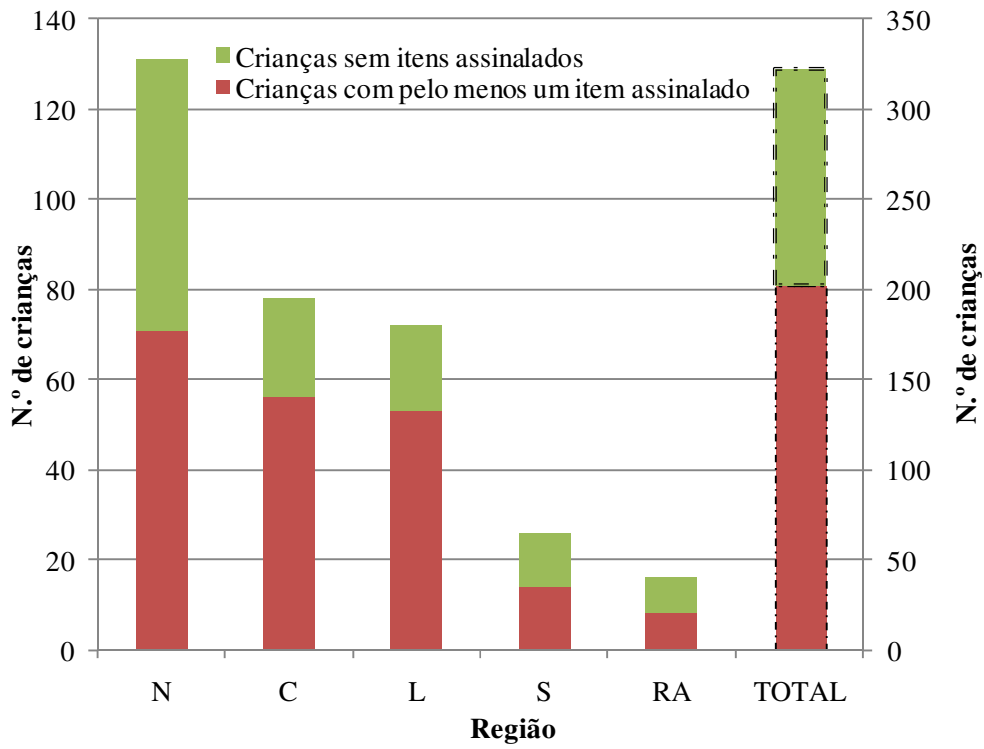


Figura Anexo H.1 – Percentagens relativas à manifestação de formas de expressão de problemas de comportamento nas crianças pertencentes aos CAT analisados, de acordo com os itens do questionário (n=323).

Anexo I:

Frequências relativas às crianças que apresentam pelo menos um dos itens do questionário aplicado, comparativamente às que não apresentam nenhum dos itens; distribuição por região.



N - Norte; C - Centro; L - Grande Lisboa; S - Sul e RA - Regiões Autónomas.

Figura Anexo I.1 – Frequências relativas às crianças que apresentam pelo menos um dos itens do questionário aplicado, comparativamente às que não apresentam nenhum dos itens; distribuição por região (n=323).

Anexo J:

Valores médios das cinco dimensões (oposição, agressividade, anti-social, delinquente e desviante) consoante a região.

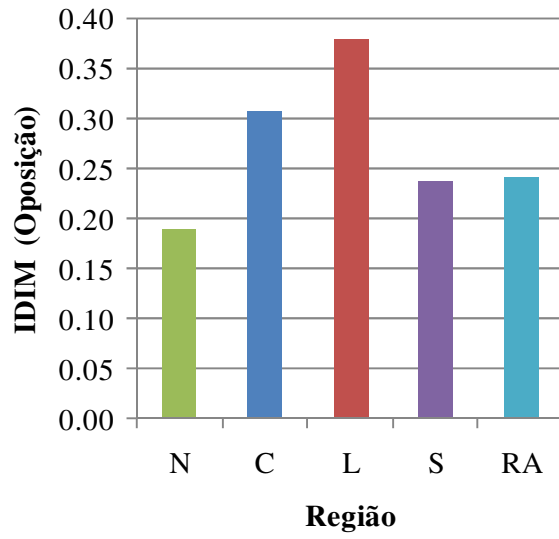


Figura Anexo J.1 – Valores médios da dimensão de oposição por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

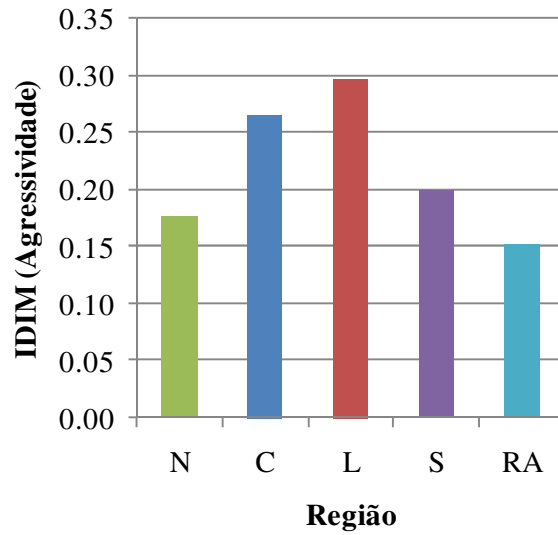


Figura Anexo J.2 – Valores médios da dimensão de agressividade por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

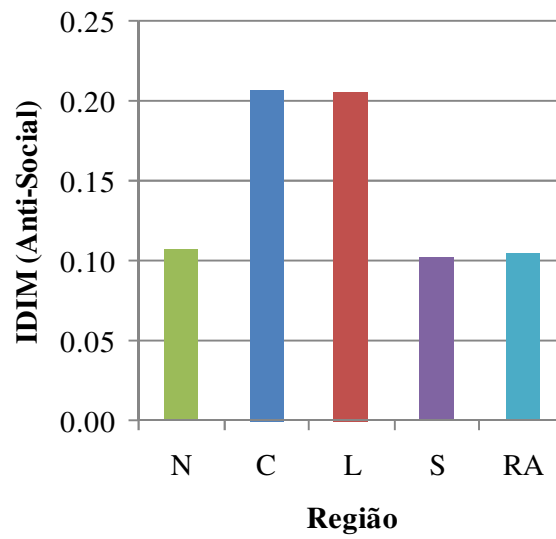


Figura Anexo J.3 – Valores médios da dimensão anti-social por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

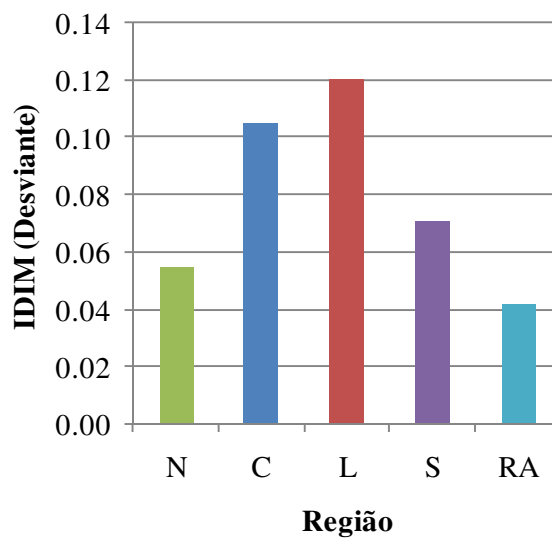


Figura Anexo J.4 – Valores médios da dimensão desviante por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

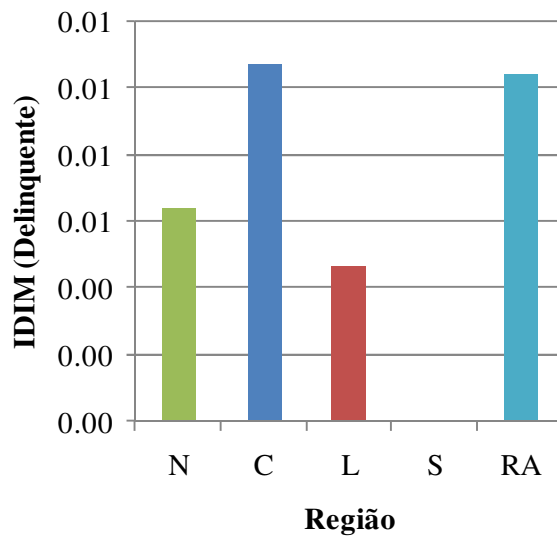


Figura Anexo J.5 – Valores médios da dimensão delinquente por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

Anexo K:

Valores do IPC pelas regiões.

Quadro Anexo K.1 – Valores médios do IPC por Região (n=323).

Zona País	Freq.	IPC
Norte	131	0.11
Centro	78	0.18
Lisboa	72	0.20
Sul	26	0.12
Regiões Autónomas	16	0.11

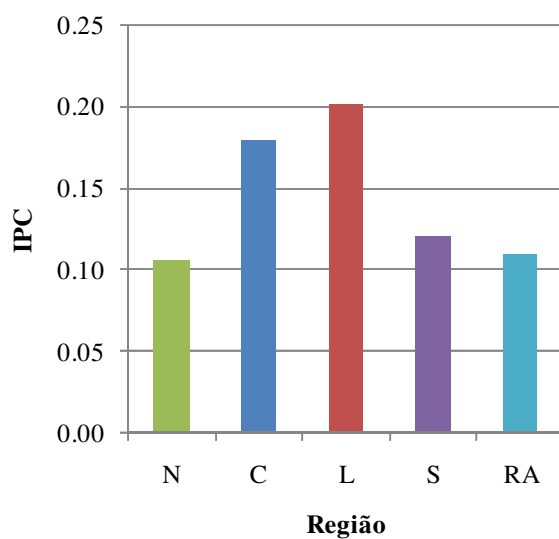


Figura Anexo K.1 – Valores médios do IPC por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S - Sul e RA - Regiões Autónomas).

Anexo L:

Valores do IPC pelas regiões, tendo em conta a inclusão de uma nova região – Grande Porto.

Quadro Anexo L.1 – Valores médios do IPC por Região (com Grande Porto incluído) (n=323).

Zona País	Freq.	Índice Médio PC
Norte	85	0.11
Centro	78	0.18
Lisboa	72	0.20
Sul	26	0.12
Regiões Autónomas	16	0.11
Grande Porto	46	0.10

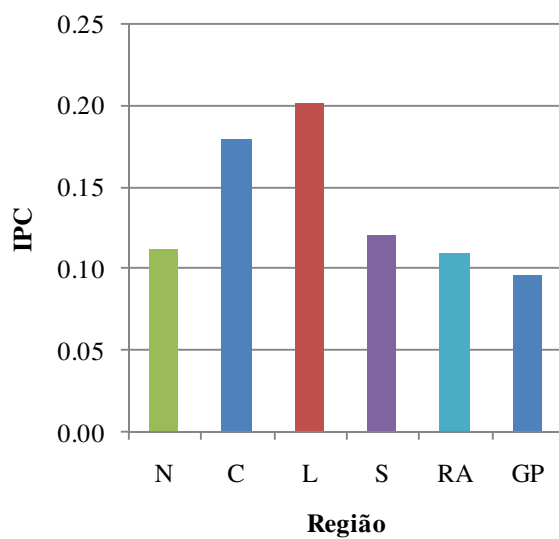


Figura Anexo L.1 – Valores médios do IPC por região (N - Norte, C - Centro, L - Grande Lisboa, S – Sul, RA - Regiões Autónomas e GP – Grande Porto).

Anexo M:

Valores do IPC relativamente ao sexo e idade.

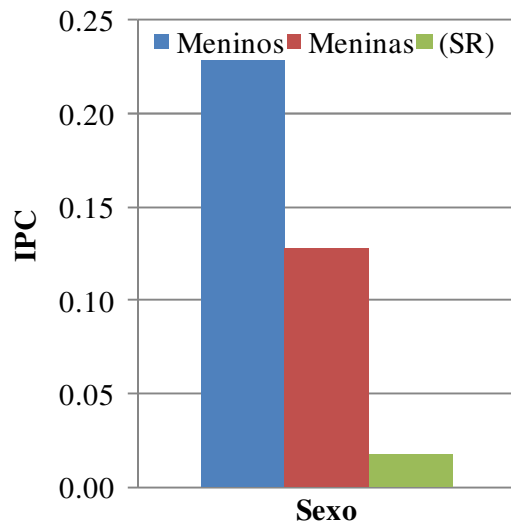


Figura Anexo M.1 – Valores médios do IPC por Sexo (SR – sem resposta).

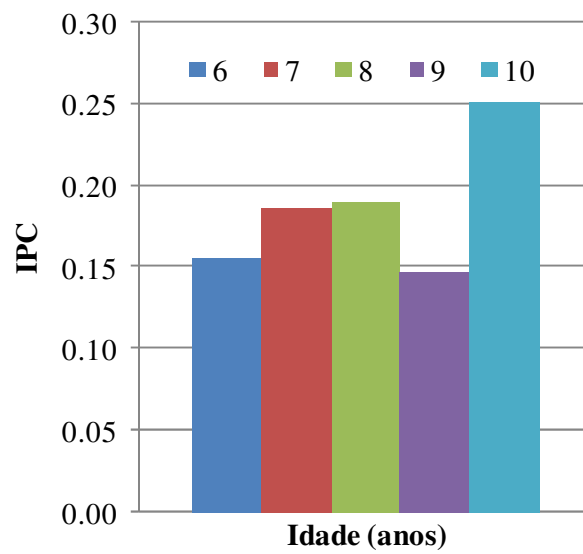


Figura Anexo M.1 –Valores médios do IPC por Idade.

Anexo N:

Percentagens referentes às formas de intervenção técnica desenvolvidas nos CAT.

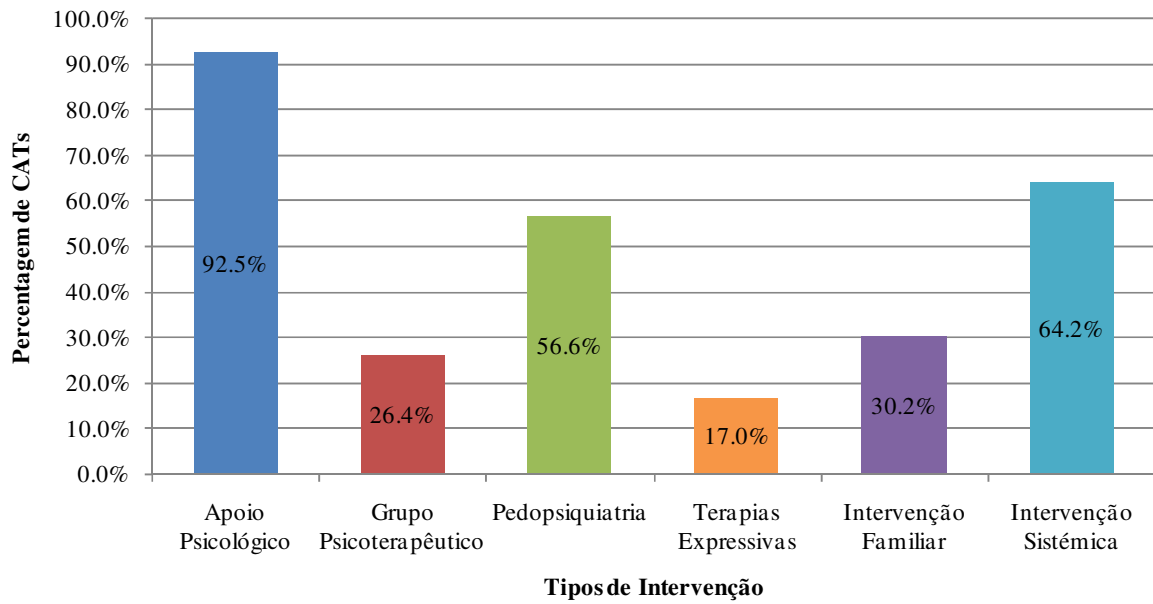


Figura Anexo N.1 – Incidência dos tipos de intervenção técnica no número total de CATs analisados (n=53).

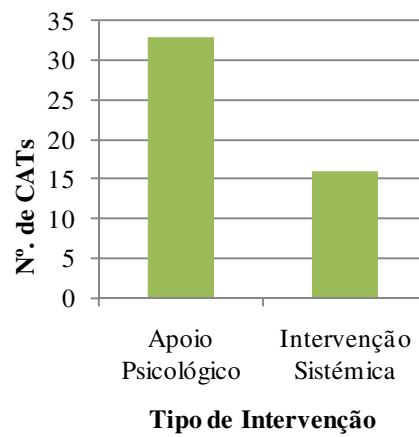


Figura Anexo N.1 – Intervenção mais utilizada nos CATs (n=53).

Anexo O:

Tipos de Intervenção técnica existentes nos CATs de acordo com as 5 dimensões de problemas de comportamento.

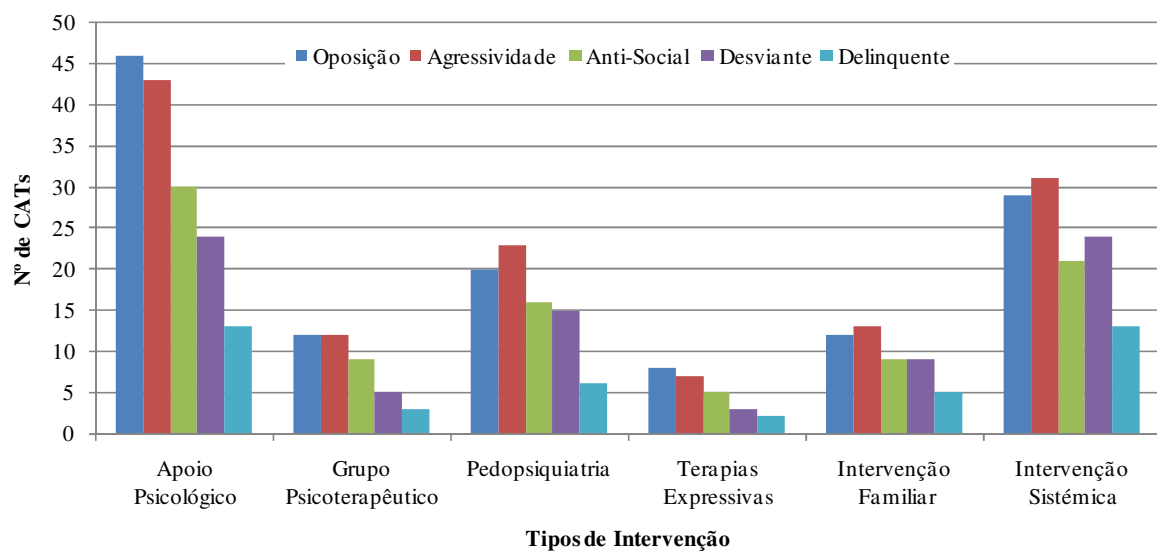


Figura Anexo O.1 – Tipos de Intervenção técnica existentes nos CATs de acordo com as 5 dimensões de problemas de comportamento (n=53).

Anexo P:

Curriculum Vitae do Candidato.

Curriculum Vitae

Informação pessoal

Apelidos / Nome próprio	Carvalho Ferreira Amaral, Inês
Morada	Lisboa, PORTUGAL
Telefone	Telemóvel Profissional: (+351) 91 426 01 98
Correio electrónico	inescfamaral@gmail.com
Nacionalidade	Portuguesa
Data de nascimento	1 de Junho de 1983
Género	Feminino

Formação académica

Datas	De Dezembro de 2009 à presente data
Designação da qualificação atribuída	Curso de Formação em Intervenção Sistémica e Familiar
Competências profissionais	Competências teóricas e aplicadas nos diferentes modelos da terapia familiar e intervenção sistémica
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, Lisboa
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Terapeuta Familiar (conclusão prevista para Dezembro 2013)
Datas	De Setembro de 2008 à presente data
Designação da qualificação atribuída	Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores
Competências profissionais	Conhecimentos aprofundados e técnicas, tanto no domínio da aplicação da Psicologia Social Comunitária e do Desenvolvimento, como no domínio da aquisição de competências próprias na área da Protecção de Menores.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), Lisboa
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Pós-Graduação: Psicologia Comunitária e Protecção de Menores (média de 17 valores em 20) Mestre: Psicologia Comunitária e Protecção de Menores (conclusão em Setembro 2010)
Datas	De Setembro de 2001 até Julho de 2006
Designação da qualificação atribuída	Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação (curso de 5 anos)
Competências profissionais	Reabilitação Psicomotora, Intervenção Precoce, Dificuldades da Aprendizagem, Competências Sociais, Ajudas de Integração, Gestão de Programas de Reabilitação.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Lisboa
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Psicomotricista/ Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (média de 15 valores em 20)

Experiência profissional

Datas	De Setembro de 2010 à presente data
Função ou cargo ocupado	Educadora Social/ Psicomotricista
Actividades e responsabilidades	Organização, orientação e planificação da vida quotidiana das crianças; realização de actividades lúdico-pegagógicas; acompanhamento terapêutico de crianças, ao nível da terapia psicomotora.
Tipo de empresa ou sector	CAT - Casa da Criança de Tires - Fundação Champagnat
Datas	De Abril de 2008 à presente data
Função ou cargo ocupado	Membro da CPCJ de Oeiras - Técnica gestora de processos
Actividades e responsabilidades	Intervenção nas situações identificadas como de perigo para a criança ou jovem, procedendo ao respectivo diagnóstico e instrução do processo, decisão, acompanhamento e revisão da(s) medida(s) de promoção e protecção.
Tipo de empresa ou sector	Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras

Problemas de Comportamento em CATs

Datas	De Outubro de 2007 a Agosto de 2010
Função ou cargo ocupado	Técnica de RSI (Rendimento Social de Inserção)
Actividades e responsabilidades	Intervenção directa com famílias beneficiárias do RSI, nas áreas de Educação, Saúde, Acção Social e Emprego; implementação de projectos de intervenção socioprofissional.
Tipo de empresa ou sector	Equipa de RSI de Carnaxide (Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide/ Instituto de Segurança Social)
Datas	De Dezembro de 2009 à presente data
Função ou cargo ocupado	Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação / Psicomotricista
Actividades e responsabilidades	Acompanhamento de crianças (Perturbações Psicológicas, Comportamentais, Défices Cognitivos) no âmbito da Terapia Psicomotora – Avaliação e intervenção pedagógico-terapêutica.
Tipo de empresa ou sector	MOPSI – Serviços de Motricidade e Psicologia (www.mopsi.pt)
Datas	De Janeiro de 2008 a Janeiro de 2010
Função ou cargo ocupado	Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação / Psicomotricista
Actividades e responsabilidades	Acompanhamento de crianças (Perturbações Psicológicas, Comportamentais, Défices Cognitivos) no âmbito da Terapia Psicomotora – Avaliação e intervenção pedagógico-terapêutica.
Tipo de empresa ou sector	Care For You - Centro de Psicologia e Cuidados de Saúde, Lda
Datas	De Setembro de 2006 a Dezembro de 2009
Função ou cargo ocupado	Direcção / Intervenção
Actividades e responsabilidades	Membro da direcção do projecto BE – Babysitting Especial; projecto que aposta na requalificação do tradicional serviço de babysitting através da introdução de estratégias pedagógico-terapêuticas nos cuidados primários. O projecto assenta no trabalho de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da intervenção em saúde mental e na área da deficiência.
Tipo de empresa ou sector	BE – Babysitting Especial
Datas	De Setembro de 2006 a Maio de 2007 – Estágio Profissional De Maio de 2007 a Outubro de 2007 – Início da Actividade Profissional
Função ou cargo ocupado	Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
Actividades e responsabilidades	Sessões de Psicomotricidade, Relaxação Terapêutica, Intervenção em Meio Aquático e Reabilitação Cognitiva com adolescentes e adultos no âmbito da saúde mental; apoio na elaboração de planos de inserção educativa e profissional.
Tipo de empresa ou sector	Recomeço, Associação para a Reabilitação e Integração Social Serviço Psiquiatria Hospital Amadora-Sintra
Datas	De Outubro de 2006 a Julho de 2007
Função ou cargo ocupado	Psicomotricista
Actividades e responsabilidades	Acompanhamento Psicoterapêutico de um grupo de crianças com perturbações do comportamento em âmbito multidisciplinar (em três vertentes – crianças, família e escola).
Tipo de empresa ou sector	Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital São Francisco de Xavier (HSFX)
Datas	Ano lectivo de 2005/2006
Função ou cargo ocupado	Psicomotricista – Estágio Curricular em Saúde Mental Infantil
Actividades e responsabilidades	Acompanhamento de crianças (Perturbações Psicológicas, Comportamentais, Défices Cognitivos) no âmbito da Terapia Psicomotora – Avaliação e intervenção pedagógico-terapêutica.
Tipo de empresa ou sector	Serviço de Pedopsiquiatria do HSFX

Aptidões e competências pessoais

Aptidões e competências sociais	<p>2009 – Participação num projecto de articulação interinstitucional, no âmbito da Comissão Alargada da CPCJ de Oeiras, para promover esclarecimentos sobre sinais de risco/perigo e formas de sinalizar crianças em risco/perigo para profissionais de educação, acção social e saúde.</p> <p>2008/2009 – Dinamização de um projecto no âmbito da intervenção comunitária no bairro social Alto dos Barronhos (Carnaxide), no intuito de prevenir sinalizações para a CPCJ.</p> <p>2006 - Ocupou um cargo na Associação Portuguesa de Psicomotricidade, no departamento responsável pelo <i>Marketing</i> e distribuição da revista científica da associação.</p> <p>2006 - Voluntariado na Clínica do Parque: Serviço de Pedopsiquiatria do Hosp. D^a. Estefânia – intervenção em grupo no âmbito da psicomotricidade.</p> <p>2004/2005 - Participação na organização de três <i>Workshops</i> - Introdução à <i>Internet</i>, destinados à população idosa, no âmbito da disciplina de Integração Social e Reabilitação, Faculdade de Motricidade Humana.</p> <p>2004 - Monitora em aulas de natação para bebés (dos 6 meses aos 4 anos).</p> <p>2001 - Voluntariado no Hospital de S. Francisco Xavier, Serviço de Pediatria, onde foram realizadas actividades de carácter lúdico com as crianças internadas e os respectivos pais.</p> <p>2000 - Monitora em actividades escolares com crianças dos 4 aos 6 anos de idade, nomeadamente idas à praia e visitas de estudo.</p>
Aptidões e competências informáticas	<p>Domínio das ferramentas do Microsoft Office™ (Word™, Excel™ e PowerPoint™) - experiência adquirida ao longo de todo o ensino e actividade profissional.</p> <p>Experiência no <i>software</i> SPSS™ (<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>) adquirida ao longo do percurso académico.</p> <p>Conhecimentos de edição de imagem e vídeo (Adobe Photoshop™).</p>
Carta de condução	Portadora de carta de condução Portuguesa de Categoria B.
Primeira língua	Português
Outra(s) língua(s)	Auto-avaliação
Nível europeu	Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)
Compreensão oral	<p>Inglês (Ingresso no <i>New Institute of Languages (NIL)</i> em 2002) Junho de 2005 – First Certificate in English (University of Cambridge)</p> <p>Utilizador Independente (B2)</p>
Leitura	Utilizador Experiente (C1)
Interação oral	Utilizador Experiente (C1)
Produção oral	Utilizador Independente (B2)
Escrita	Utilizador Independente (B2)
Compreensão oral	<p>Francês (3 anos de Francês como disciplina opcional no ensino unificado)</p> <p>Utilizador Elementar (A1)</p>
Leitura	Utilizador Elementar (B1)
Interação oral	Utilizador Elementar (A2)
Produção oral	Utilizador Elementar (A1)
Escrita	Utilizador Elementar (A1)
Compreensão oral	<p>Espanhol</p> <p>Utilizador Independente (A2)</p>
Leitura	Utilizador Independente (B1)
Interação oral	Utilizador Elementar (A1)
Produção oral	Utilizador Elementar (A1)
Escrita	Utilizador Elementar (A1)

Projectos e Comunicações apresentadas

- Junho 2010 – Apresentação de comunicação livre no 1º Congresso Nacional de Psicomotricidade; Atribuição do 1º prémio (Pedro Onofre) para a melhor comunicação, denominada: “A cor do vento”: psicoterapia de grupo com crianças com problemas de comportamento – modelo de intervenção multimodal.
- Maio de 2010 – apresentação de uma comunicação no âmbito do tema: “Sistema de Promoção e Protecção – principais funções de uma CPCJ”, na Escola D. Pedro IV, Queluz.
- 2007 – Apresentação de uma comunicação – Psicomotricidade e Relaxação Terapêutica em Meio Aquático, nas 1ªs. Jornadas de Actividades Aquáticas da APPC (Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral).
- Junho de 2007 – Apresentação de um projecto terapêutico, no ISPA, no âmbito da cadeira de temas avançados: Psicoterapias Breves.

Informação adicional

- Referências fornecidas a pedido.
- Dezembro de 2009 à presente data - psicoterapia individual.
- 2008 à presente data – Supervisão com a Dra. Maria José Vidigal, no âmbito do acompanhamento de processos na CPCJ.
- Julho 2006 a Julho 2009 – Participação num grupo de Supervisão mensal em Saúde Mental sob a orientação do Prof. Doutor Rui Martins (FMH) e da Dra. Teresa Maia (HFF).
- 2006 a 2008 – Participação num grupo de reflexão quinzenal dinamizado pela OLHAR (Associação pela Prevenção e Apoio à Saúde Mental).
- Atribuição de uma “bolsa de estudo por mérito” pelo Ministério da Educação, relativo ao ano lectivo 2004/ 2005.

Formação complementar

Participação em Acções de Formações e Congressos:

- 2010 – 1º Congresso Nacional de Psicomotricidade: “*Progressos em Psicomotricidade - Avaliação e Intervenção Psicomotora ao longo do Percurso de Vida*”. APP, Gulbenkian, Junho.
- 2009 – 1º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência: “*As Alterações do Comportamento na Criança e no Adolescente*”. HSFEX, Carnaxide, Novembro.
- 2009 – II Jornadas de reflexão: “*RSI: Contributo para uma sociedade inclusiva*”. Santa Casa da Misericórdia da Amadora, Novembro.
- 2009 – Conferência Internacional “*Cuidar a Criança. Inovação e Desafios*”. Rede de Cuidadores; Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Junho.
- 2009 – Seminário de Formação de 18 horas, pelo Prof. Doutor Tilman Fűrmiss em “*Abuso Sexual de Crianças: de criança abusada sexualmente a jovem abusador; o que podemos aprender, para o trabalho com a vítima, através do trabalho com jovens abusadores; mulheres como abusadoras sexuais*”; Associação de Mulheres Contra a Violência, Lisboa, Março.
- 2009 – Seminário Europeu “*RSI Um Direito à Integração Social*”; CNRSI, Lisboa, Março.
- 2009 – Acção de Formação “*CPCJ – Como intervir?*”; CNPCJR, Lisboa, Março.
- 2008 – Jornadas de Formação “*A Criança e a Família, que Respostas?*”; Associação CrescerSer, Mafra, Outubro.
- 2008 – Seminário de Formação de 18 horas, pelo Prof. Doutor Tilman Fűrmiss em “*Abusadores Sexuais de Crianças: porque é que abusam e quais as estratégias utilizadas no abuso sexual de crianças?*”; Associação de Mulheres Contra a Violência, Lisboa, Outubro.
- 2008 – Seminário “*A cultura da infância numa sociedade democrática: contributos e responsabilidades. A mais valia da informação/ comunicação*”; Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco; Setembro.
- 2008 – Encontro Nacional do Rendimento Social de Inserção “*RSI: Expressões da Prática e do Saber*”; CNRSI, Lisboa, Julho.
- 2008 – Acção de Formação de 21 horas em *Intervenção das CPCJ: Gestão da Qualidade da Intervenção e Informatização*; Abril.
- 2007 – Acção de formação profissional “*Atendimento Social*”. Caritas Diocesana de Lisboa (Centro de formação permanente de agentes da pastoral social); Dezembro.
- 2006 - “*III Jornadas de Reabilitação Psicossocial: Tempos e Modos*”. Casa de Saúde do Telhal, Outubro.
- 2006 - Grupo de estudos e reflexão: “*A Psicomotricidade, à conversa com...*” Onde foram debatidos temas como o Autismo, a Hiperactividade e Psicossomática, promovidos pela APP, FMH, Lisboa, Março, Maio e Junho.
- 2005 - “*Conferência Nacional de Saúde Mental, Percursos de Mudança*”. Infarmed, Parque de Saúde de Lisboa, Novembro.
- 2005 - “*II Seminário ADEB/AEAPÉ Depressão: problema de saúde do século XXI*”. Promovido pela Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Dipolares e a Associação de Educação e Apoio na Esquizofrenia, Hospital Júlio de Matos, Lisboa, Novembro.
- 2004 - “*6º Encontro de Saúde Mental do Concelho de Cascais: Gravidez e Saúde Mental*”. Centro Escolar Turístico e Hoteleiro do Estoril, Novembro.
- 2004 - “*Gerontopsicomotricidade*”, Acção de Formação de 8 horas, por Frank Pitteri do Instituto Superior de Reeducação Psicomotora de Paris (ISRP), FMH, Lisboa, Abril.
- 2004 – Participação no Congresso “*Crianças com Perturbações do Desenvolvimento*”, Castro Verde, Setembro e Outubro.
- 2004 - Participação no “*Congresso Europeu de Psicomotricidade*”, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Abril.